

## وضعیت انجام روش‌های غربالگری سرطان پستان و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز

عزیزه فرشباف خلیلی<sup>۱</sup> - مهناز شهنازی<sup>۲</sup> - عاطفه قهوه‌چی<sup>۳</sup> - شیوا ترابی<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان و دومین علت عمده مرگ ناشی از سرطان در بین زنان است. شناسایی سرطان پستان در مراحل اولیه سبب درمان تقریباً کامل آن می‌شود. غربالگری سرطان پستان شامل خودآزمایی پستان، معاینه بالینی پستان و ماموگرافی است. این مطالعه به منظور تعیین وضعیت انجام روش‌های غربالگری سرطان پستان و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز در سال ۱۳۸۷ انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی - توصیفی و تحلیلی است که در ۴۰۰ نفر از زنان ۲۰-۵۰ ساله انجام گرفت. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از میان مراکز بهداشتی تبریز و از طریق پرونده‌های فعال آن مراکز انتخاب شدند. پرسشنامه‌ای حاوی مشخصات فردی - اجتماعی و اطلاعاتی در مورد انجام روش‌های غربالگری سرطان پستان و چک لیست مشاهده‌ای خودآزمایی پستان جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی کای دو و تست دقیق فیشر با استفاده از نرم‌افزار SPSS v. 13 استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه نشان داد که تنها ۱۸/۸٪ از زنان خودآزمایی پستان، ۱۹/۱٪ معاینه بالینی پستان و ۳/۳٪ ماموگرافی انجام می‌دادند. علل اصلی زنانی که غربالگری‌ها را انجام نمی‌دادند، عبارت بود از: عدم آگاهی از روش‌های غربالگری، نداشتن مشکل پستانی و عدم احساس ضرورت. آزمون آماری ارتباط معنادار بین انجام خودآزمایی پستان با سطح تحصیلات، اشتغال، درآمد، تعداد فرزندان، سابقه شیردهی، کیفیت شیردهی و سابقه فامیلی سرطان پستان نشان داد. همچنین ارتباط معنادار آماری بین انجام معاینه بالینی پستان با سابقه توده خوش خیم پستانی و بین انجام ماموگرافی با سابقه توده خوش خیم پستانی و سابقه فامیلی سرطان پستان با  $p < 0/05$  وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که وضعیت انجام روش‌های غربالگری سرطان پستان در زنان مورد مطالعه رضایت بخش نبود. آرایه آموزش‌های لازم و ضروری در مورد روش‌های غربالگری سرطان پستان توسط کارکنان سلامت به ویژه در دوران بارداری و پس از زایمان حتی در دوره‌های مشاوره قبل از ازدواج ضروری به نظر می‌رسد.

**واژه‌های کلیدی:** سرطان پستان، خودآزمایی پستان، معاینه بالینی، ماموگرافی، عوامل مؤثر

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۶/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۱/۱۷

۱ - کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده مسؤل)  
پست الکترونیکی: [azizeh\\_farshbafkhalili@yahoo.com](mailto:azizeh_farshbafkhalili@yahoo.com)

۲ - مربی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳ - کارشناس مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴ - کارشناس مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

## مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان است و درصد قابل توجهی (۱۷٪) از مرگ و میرهای ناشی از سرطان‌ها را باعث می‌شود و دومین علت مرگ ناشی از سرطان (پس از سرطان ریه) محسوب می‌شود (۴-۱). تقریباً از هر ۱۸۰۰۰۰ مورد جدید سرطان پستان که در ایالت متحده آمریکا تشخیص داده می‌شود حدود ۴۸۰۰۰ نفر در سال می‌میرند (۳). در کشور ما نیز اکثر فعالیت‌های محدود و نیمه محدودی که در مورد بررسی انواع ثبت شده سرطان در چند دهه اخیر به عمل آمده، سرطان پستان را شایع‌ترین بدخیمی در بین زنان ایرانی نشان داده است (۵). خطر پیدایش سرطان پستان تقریباً با یک طرح خطی همگام با افزایش سن، افزایش می‌یابد. تقریباً ۸۰-۷۵٪ سرطان‌های پستان در زنان واقع در سنین بالای ۵۰ سال تشخیص داده می‌شوند (۲). سن ابتلا به سرطان پستان در ایران ۱۰ سال جوان‌تر از دیگر کشورهاست. مدیر کلینیک تخصصی بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی تهران گفت: سن شیوع ابتلا به سرطان پستان در کشورهای دیگر بالای ۵۰ سال است؛ در حالی که در ایران بالای ۴۰ سال تخمین زده شده است (۶). مطالعه اخیر در کشور ما نشان می‌دهد که بیشترین شیوع سرطان پستان در زنان ایرانی بین سنین ۴۹-۴۰ سالگی بوده است. بروز سرطان پستان در ایران، ۲۲ در ۱۰۰۰۰۰ و شیوع آن ۱۲۰ در ۱۰۰۰۰۰ زن ۸۴-۱۵ ساله بوده است، تعداد سرطان‌های تشخیص داده شده در مرحله اول ۱۸٪ گزارش شده است (۷). این در حالی است که آمار جهانی حاکی از افزایش میزان بروز سرطان پستان و افزایش سریع‌تر آن در کشورهای در حال توسعه است که تاکنون از میزان پایین سرطان پستان برخوردار بوده‌اند (۴).

علی‌رغم پیشرفت‌های تکنیکی در جراحی و شیمی درمانی و رادیوتراپی میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری برای حداقل ۳۰ سال ثابت مانده و دلیل اصلی آن این است که یک سوم زنان در مرحله پیشرفته جهت درمان مراجعه می‌کنند. در حالی که پیش‌آگهی بهبودی از سرطان پستان به طور مستقیم با مرحله‌ای که بیماری در آن تشخیص داده می‌شود در ارتباط است (۵). تشخیص زود هنگام زیر بنای تلاش برای کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان پستان است. تلاش برای تشخیص زود هنگام

سرطان پستان به پیدایش برنامه‌هایی برای غربالگری و کشف این بیماری در مراحل ابتدایی آن منجر گردید. مطالعات موجود نشان می‌دهد که مرگ و میر زنان شرکت‌کننده در غربالگری سرطان پستان تا میزان ۴۰٪ کاهش می‌یابد (۹ و ۸). آموزش عموم در مورد نیاز برای شناسایی زود هنگام سرطان پستان توسط غربالگری حایز اهمیت است (۱۰). خودآزمایی، ماموگرافی و بررسی بالینی پستان مؤثرترین شیوه‌های تشخیص زود هنگام می‌باشند (۵ و ۹ و ۱۰). امروزه ماموگرافی یک نوع وسیله‌ای است برای کاهش دادن میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان است. چنانکه طی مطالعاتی پذیرفته شده است که میزان موفقیت درمان سرطان پستان در افرادی که به وسیله غربالگری ماموگرافی، سرطان پستان آن‌ها در مراحل اولیه کشف شده است بالا است (۱۱ و ۱۲). بنابراین ماموگرافی از اجزای اصلی برنامه‌های غربالگری است. ماموگرافی و معاینه فیزیکی روش‌های مکمل هم در بیماریابی می‌باشند (۲). در زنان ۷۴-۵۰ ساله غربالگری که شامل معاینات بالینی و ماموگرافی می‌باشد میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان را به طور معناداری کاهش داده است (۱۳). اوهاچی و همکاران در مطالعه‌ای در زمینه میزان کشف پیش از موقع سرطان پستان با غربالگری همراه با ماموگرافی به این نتیجه رسیده‌اند که با آزمون غربالگری همراه با ماموگرافی حدود ۷۳٪ سرطان پستان شناسایی و کشف می‌شوند و در آزمون غربالگری بدون ماموگرافی فقط حدود ۳۹٪ بیماری شناسایی شده بود (۶). اهمیت خودآزمایی پستان بر اساس این حقیقت است که در حدود ۹۵٪ از سرطان‌های پستان توسط خود فرد کشف می‌شوند قبل از این که به طور تصادفی یا از طریق بررسی با برنامه‌ریزی قبلی شناسایی شوند (۵). ارتباط مثبتی بین اجرای آزمون و شناسایی زود هنگام سرطان پستان وجود دارد و اکثریت کشف‌های زود هنگام توسط افرادی که خودآزمایی پستان را انجام می‌دهند به وقوع می‌پیوندد (۴). بنابراین خودآزمایی پستان آسان‌ترین و ارزان‌ترین شیوه شناسایی زودرس بیماری بوده و برای زنانی که دسترسی کافی به مراقبت‌های بهداشتی ندارند تنها روش غربالگری سرطان پستان است (۵). با آموختن روش صحیح معاینه پستان، توده‌های پستانی به کوچکی ۱ سانتی‌متر توسط خود بیمار قابل تشخیص است. خودآزمایی پستان یک روش بسیار ساده است و هر ماه فقط ۲۰-۱۵ دقیقه جهت

پیشگیری از سرطان پستان آموزش دهند (۱۷). علی‌رغم انجام مطالعات متعدد در زمینه خودآزمایی و سایر روش‌های غربالگری سرطان پستان در ایران، سرطان پستان در حال حاضر به عنوان یک مشکل بهداشتی در اولویت‌های پژوهشی کشور مطرح است. لیکن آنچه عملاً در سیستم سلامت مشهود است فقدان آموزش‌های لازم توسط پرسنل به مادران در این زمینه می‌باشد. حال آن که مشاوره و آموزش خودآزمایی پستان و بیماری‌های پستان علی‌الخصوص در ارتباط با دوران شیردهی، انجام معاینات دوره‌ای پستان و غربالگری بیماری‌های مربوط و ارجاع به پزشک در صورت لزوم از وظایف حرفه‌ای ماماها می‌باشد (۱۸). لذا با توجه به ضرورت مسأله پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت انجام روش‌های غربالگری سرطان پستان و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی تبریز انجام گرفت.

### روش مطالعه

این مطالعه یک بررسی توصیفی-تحلیلی بوده که در آن وضعیت انجام روش‌های غربالگری سرطان پستان و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی تبریز بررسی شد. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز بود. از آنجایی که برای زنان زیر ۲۰ سال روش‌های غربالگری توصیه نمی‌شود و از طرفی زنان بالای ۵۰ سال دارای پرونده یا پرونده فعال بهداشتی نبودند، لذا در این مطالعه زنان ۲۰-۵۰ ساله‌ای که دارای پرونده بهداشتی بودند و جهت انجام مراقبت‌های بهداشتی به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز مراجعه می‌نمودند، نمونه‌های مورد پژوهش را تشکیل دادند. نمونه‌ها در صورت عدم تمایل برای شرکت در مطالعه از تحقیق خارج می‌شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر به تعداد ۴۰۰ نفر تخمین زده شد. و با توجه به این که در مطالعات داخلی و خارجی و نیز برای روش‌های مختلف غربالگری مقدار  $p$  متفاوت بود، لذا از نسبت ۵۰٪ در این فرمول استفاده شد.  $N = Z^2 pq/d^2$ ، مقدار استاندارد شده اطمینان ۹۵٪ می‌باشد. مقدار خطای قابل قبول  $Z = 1/96$  و  $d = 0/05$ . نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای انجام شد. در مرحله اول ۱۵ مرکز بهداشتی - درمانی یا پایگاه

انجام آن وقت لازم است. از سن ۲۰ سالگی به بعد هر زنی باید در انتهای عادت ماهانه (حدوداً روز هفتم) پستان‌های خود را معاینه کند. زنان حامله و یائسه هر ماه در یک تاریخ معین و زنان شیرده بعد از تخلیه کامل شیر و زنانی که پروتئزهای پستان دارند مانند سایر زنان، ماهانه باید پستان‌های خود را معاینه کنند (۱۴). با توجه به این که تشخیص توده‌های پستانی در مراحل اولیه آن در نتیجه درمان بسیار مؤثر می‌باشد لذا جهت تشخیص سریع‌تر، مراحل زیر طی دستورالعمل اجرایی توسط وزارت بهداشت درمان ایران توصیه شده است: در افراد کمتر از ۳۰ سال بدون علامت نیازی به معاینه سالانه وجود ندارد. فقط در صورت وجود ریسک بالا اندیکاسیون معاینه سالیانه مطرح است. افراد بالای ۳۰ سال نیاز به معاینه سالیانه دارند اولین ماموگرافی پایه در سن ۴۰ سالگی به صورت روتین توصیه می‌شود. بین سنین ۴۰ تا ۷۰ سالگی در افرادی که ریسک بالایی ندارند و در معاینه ضایعه‌ای لمس نمی‌شود ماموگرافی هر دو سال نیز می‌تواند انجام شود. از سن ۷۰ سال به بالا در صورتی که ماموگرافی و معاینه بالینی تا این سن طبیعی باشد معاینه سالیانه و ماموگرافی هر ۵ سال یک بار لازم است (۱۵).

در کشورهای در حال توسعه که مردم آگاهی کافی در مورد روش‌های غربالگری ندارند به نقش مهم تعلیم و آموزش سلامت عمومی جامعه باید تأکید شود. سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در میان زنان ایرانی است که لزوم توجه به آن را می‌رساند (۱۶). علی‌رغم اهمیت آن و آموزش‌هایی که تاکنون انجام گرفته هنوز درصد پایینی از جمعیت آزمون‌های غربالگری را انجام می‌دهند به طوری که نتایج بررسی مقدماتی انجام گرفته روی ۲۰۰ زن مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهرا نشان داد که ۶۹٪ واحدهای مورد پژوهش از هیچ روشی برای غربالگری استفاده نکرده بودند، در ۲۵٪ موارد خودآزمایی پستان، در ۱۷/۵٪ انجام معاینات سالانه توسط پزشک و در ۵٪ موارد ماموگرافی انجام گرفته بود. به علاوه از انجام صحیح روش‌ها نیز اطلاع چندانی در دسترس نمی‌باشد. نقش ماما و پرستار در یک سیستم حمایتی و آموزشی افزایش توان خودمراقبتی بیمار توسط کمک به وی جهت کسب آگاهی و مهارت برای انجام تصمیم‌گیری‌ها و مراقبت‌های مناسب می‌باشد. ماماها بهترین افرادی هستند که به طور مؤثر قادرند زنان را در خصوص روش‌های

مشاهده قرار دادند و میزان همبستگی آن ۰/۹۰ محاسبه گردید.

پرسشنامه توسط پژوهشگر پس از معرفی پژوهش و بیان اهداف و اخذ رضایت از افراد مورد پژوهش در محل مناسبی در اختیار آنان قرار داده شده و تکمیل گردید. چک لیست نیز توسط پژوهشگر با حفظ حریم فرد با مشاهده انجام خودآزمایی تکمیل گردید. از آمار توصیفی جهت بررسی توزیع فراوانی و میانگین داده‌ها و از آمار استنباطی شامل آزمون آماری مجذور کای و تست دقیق فیشر جهت بررسی رابطه کیفیت انجام خودآزمایی در افراد با مشخصات فردی و اجتماعی آن‌ها استفاده گردید. اطلاعات به دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS v.13 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

این مطالعه توسط کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأیید گردید. همچنین تأییدیه اخلاقی این پژوهش توسط کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز اخذ گردیده است.

## یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۰/۱+۷/۴ بود. سن اولین قاعدگی زنان مورد پژوهش به طور متوسط ۱۳/۹۲+۱/۴۵ سال، سن ازدواج آنان به طور متوسط ۱۹/۱۷+۱/۵ سال و میانگین سنی اولین حاملگی آنان ۳/۷+۲۱/۱ سال بود اکثریت افراد مورد پژوهش (۹۷/۸٪) متأهل بوده و میزان تحصیلات بیشترین (۳۵/۵٪) آن‌ها در حد دبیرستان بوده و کمترین درصد (۶/۸٪) آن‌ها بی‌سواد بودند. از نظر وضعیت اشتغال اکثریت (۸۸/۵٪) آنان خانه‌دار بوده و میزان درآمد ۶۷/۵٪ زنان مورد مطالعه از نظر خودشان کافی بوده است. بیشتر افراد مورد پژوهش (۴۸/۹٪) بیش از یک فرزند داشتند. روش پیشگیری اکثر آن‌ها به ترتیب IUD (۲۷/۸٪)، قرص (۲۱/۱٪) و سپس کاندم (۱۵/۵٪) بود. از نظر شیردهی ۸۸/۵٪ آن‌ها بچه خود را با شیر خود تغذیه نموده و کیفیت شیردهی اکثر (۷۸/۵۳٪) آنان انحصاری بود.

از نظر سابقه فامیلی ۳/۳٪ آن‌ها سابقه سرطان در فامیل داشتند که بیشتر آن‌ها سابقه در فامیل درجه ۲ و سپس درجه ۱ را گزارش نمودند. تنها ۱٪ از افراد مورد پژوهش سابقه بیماری‌های خوش‌خیم پستان را ذکر نمودند

بهداشتی از مجموع ۵۰ مرکز و پایگاه بهداشتی شهر تبریز انتخاب شدند در مرحله بعدی با توجه به حجم نمونه و تعداد پرونده‌های فعال موجود از هر مرکز ۳۵-۲۰ پرونده به صورت تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت و بعد از تماس تلفنی با زنان ۵۰-۲۰ ساله واجد پرونده‌های مذکور و توضیح مطالعه مورد نظر برای روز خاص دعوت به عمل آمد (ابتدا از کل پرونده‌های مرکز به طور تصادفی ساده ۵۰-۳۵ پرونده به نسبت تعداد پرونده‌ها انتخاب شد که بعد از تماس و اکت تعدادی از نمونه‌ها در روز دعوت نهایتاً از هر مرکز یا پایگاه ۳۵-۲۰ فرد واجد پرونده مورد نمونه‌گیری قرار گرفت). در مجموع از ۴۰۰ زن واجد شرایط پس از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت اخلاقی در فرم‌های رضایت، اطلاعات جمع‌آوری گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه و چک لیست مشاهده‌ای تنظیم شده توسط پژوهشگر که به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، پرسشنامه و چک لیست بر اساس اطلاعات موجود در کتب و مقالات و مطالعه توسط متخصصین و بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان تهیه و تنظیم شده است و از پرسشنامه لاتین معتبر اکویبا و همکاران (۴) نیز استفاده شد. پرسشنامه به طور کلی شامل سه بخش بود. بخش اول مربوط به پرسش‌هایی در مورد مشخصات فردی-اجتماعی زنان (سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد، سن ازدواج، تعداد فرزند، شیردهی، کیفیت شیردهی، سابقه فامیلی سرطان پستان، سابقه ابتلا به توده‌های خوش‌خیم پستانی)، بخش دوم در رابطه با انجام و وضعیت انجام روش‌های غربالگری سرطان پستان، علل عدم انجام روش‌ها و بخش سوم چک لیست مشاهده‌ای خودآزمایی پستان بود. انجام صحیح روش خودآزمایی پستان توسط این چک لیست بررسی شد که شامل ۲۲ گزینه بود و نتایج آن به صورت قراردادی در حد بسیار مطلوب (نمره ۲۲-۱۹)، مطلوب (۱۸-۱۵)، متوسط (۱۴-۹)، نامطلوب (۸-۵) و بسیار نامطلوب (۴-۰) تعیین شد و جهت روایی ابزار از نظر چندین نفر از اعضا هیأت علمی استفاده گردید. جهت پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد و  $T=0/8$  بود. جهت تعیین پایایی چک لیست از مشاهده هم‌زمان استفاده گردید. به طوری که به طور هم‌زمان دو مشاهده‌گر ۱۰ نمونه مورد پژوهش را مورد

و نیز ۱٪ از آنان سابقه ابتلا به توده‌های تخمدان و روده بزرگ را داشتند.

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر آن است که از ۴۰۰ نفر افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۷۵ نفر (۱۸/۸٪) خودآزمایی پستان را انجام می‌دادند ولی ۳۲۵ نفر (۸۱/۲٪) این آزمون را انجام نمی‌دادند. از نظر انجام معاینه بالینی پستان تنها ۷۶ نفر (۱۹/۱٪) از افراد مورد پژوهش آن را انجام داده و ۳۲۱ نفر (۸۰/۹٪) انجام نمی‌دادند. در مورد عملکرد ماموگرافی نیز از ۴۰۰ زن مورد مطالعه فقط ۱۳ نفر (۳/۳٪) این غربالگری را انجام داده و ۳۸۵ نفر (۹۶/۷٪) انجام ندادند. درصد انجام ماموگرافی در ۴۶ زن ۵۰-۴۰ ساله مورد مطالعه به شرح زیر می‌باشد (نمودار شماره ۱).

اطلاعات موجود در جدول شماره ۱ نشان داد که از بین افرادی که خودآزمایی را انجام می‌دادند، ۳۵ نفر (۴۷/۳٪) به طور ماهانه اقدام به کار می‌کردند. از نظر زمان انجام خودآزمایی، ۳۰ نفر (۴۰/۵٪) از افراد مورد مطالعه به هنگام اتمام قاعدگی آن را انجام می‌دادند. سن شروع خودآزمایی پستان در افراد انجام‌دهنده خودآزمایی در ۵۷ نفر (۷۷٪) بین ۳۰-۲۱ سالگی بوده است. نکته جالب این که ۴۱ نفر (۵۴/۷٪) از این افراد توصیه‌ای برای انجام خودآزمایی پستان از پزشکان و ماماها دریافت نکرده بودند و ۳۴ نفر بقیه اکثراً توسط متخصصین زنان و ماماها به انجام خودآزمایی پستان توصیه شده بودند. همچنین در مورد وضعیت مراجعه جهت انجام معاینات بالینی پستان: سن شروع در ۵۴ نفر (۷۷/۸٪) از افراد مراجعه‌کننده جهت انجام CBE بین ۳۰-۲۱ سالگی، فواصل مراجعه جهت انجام CBE در ۵۵ نفر (۷۲/۴٪) از افراد ذکر شده هر یک سال بود. ۳۸ نفر (۵۰٪) از زنان توصیه به مراجعه جهت انجام معاینه بالینی پستان شده بودند که ۱۸ نفر (۲۴٪) از آنها توسط متخصصین زنان و ۱۸ نفر (۲۴٪) توسط پزشک عمومی توصیه گرفته بود. در مورد وضعیت مراجعه جهت انجام ماموگرافی در زنانی که اقدام به این غربالگری کرده بودند: سن اولین مراجعه در ۱۰ نفر (۷۶/۹٪) کمتر از ۴۰ سالگی بوده است. ۸۰ نفر (۶۱/۵٪) از آنان توصیه به مراجعه جهت انجام ماموگرافی شده بودند و در ۸ نفر (۶۱/۵٪) فرد توصیه‌کننده متخصص زنان بوده است.

جدول شماره ۲ حاکی از این است که با توجه به نمره اخذ شده از چک لیست خودآزمایی پستان، کیفیت انجام این غربالگری در ۲ نفر (۰/۵٪) بسیار مطلوب، در ۵ نفر (۱/۳٪) مطلوب، در ۱۹ نفر (۴/۸٪) متوسط، در ۳۶ نفر (۹٪) نامطلوب و در ۳۳۸ نفر (۸۴/۵٪) بسیار نامطلوب بود. یافته‌های جدول ۳ نشان داد که مهم‌ترین دلایل عدم انجام خودآزمایی پستان در زنان تحت مطالعه که خودآزمایی پستان را انجام نمی‌دادند به ترتیب: عدم آگاهی از نحوه انجام خودآزمایی پستان در ۱۷۳ نفر (۵۳/۲٪)، نداشتن مشکل پستانی در ۶۰ نفر (۱۸/۵٪) و تنبلی در انجام خودآزمایی در ۲۱ نفر (۶/۵٪) بود. مهم‌ترین دلایل عدم انجام معاینات بالینی پستان در زنانی که جهت انجام آن مراجعه نمی‌کردند به ترتیب: نداشتن مشکل پستانی در ۱۳۳ نفر (۴۱/۵٪)، عدم آگاهی از انجام آن در ۷۷ نفر (۲۴٪) و عدم احساس ضرورت در ۳۷ نفر (۱۱/۶٪) بود. مهم‌ترین دلایل عدم انجام ماموگرافی نیز همانند معاینه بالینی پستان به ترتیب: نداشتن مشکل پستانی در ۱۶۲ نفر (۴۲/۱٪)، عدم آگاهی از انجام آن در ۶۴ نفر (۱۶/۶٪) و عدم احساس ضرورت در ۴۳ نفر (۱۱/۲٪) بود.

بررسی ارتباط برخی از مشخصات فردی - اجتماعی با انجام روش‌های غربالگری با استفاده از آزمون کای دو و در صورت نیاز تست دقیق فیشر نشان داد که بین انجام خودآزمایی پستان با میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال فرد، وضعیت درآمد، تعداد فرزند، سابقه شیردهی، کیفیت شیردهی و سابقه فامیلی سرطان پستان ارتباط معنادار آماری وجود داشت ( $p < 0/05$ ). به طوری که از نظر تحصیلات در افراد دانشگاهی (۴۷/۱٪)، از نظر وضعیت اشتغال افراد شاغل در خارج از منزل (۵۱/۹٪)، از نظر درآمد در افرادی که درآمد کافی (۲۴/۴٪) داشتند، از نظر تعداد فرزندان در زنانی که فرزندان نداشتند (۳۷/۹٪)، از نظر سابقه شیردهی در افرادی که شیردهی نداشتند (۳۱/۶٪)، از نظر کیفیت شیردهی در نمونه‌هایی که تغذیه غیر انحصاری داشتند (۲۶/۸٪) و از نظر سابقه فامیلی سرطان پستان در افرادی با سابقه فامیلی سرطان پستان (۶۱/۵٪)، انجام خودآزمایی پستان از درصد بالاتری برخوردار بود.

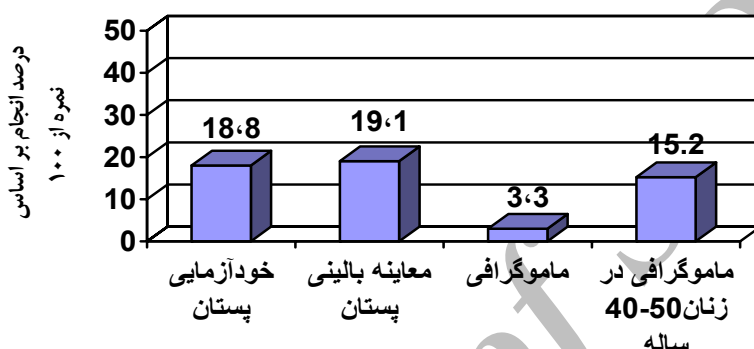
بین انجام معاینات بالینی پستان با سابقه توده خوش خیم پستانی ارتباط معنادار آماری وجود داشت ( $p < 0/05$ ). به طوری که ۸۰٪ از زنان با سابقه توده

خوش‌خیم پستان معاینات بالینی پستان را انجام می‌دادند. در حالی که در افراد فاقد سابقه توده خوش‌خیم تنها ۱۸/۴٪ جهت این معاینات مراجعه می‌کردند.

انجام ماموگرافی کرده بودند ولی تنها ۲/۹٪ از زنانی که سابقه فامیلی سرطان پستان نداشتند این غربالگری را انجام داده بودند. همچنین در رابطه با سابقه توده خوش‌خیم پستانی، ۲۰٪ از زنان مورد پژوهش با سابقه توده خوش‌خیم، ماموگرافی انجام داده بودند. حال آن‌که فقط ۳/۱٪ زنان بدون سابقه مبادرت به انجام ماموگرافی کرده بودند.

بین انجام ماموگرافی با سابقه فامیلی سرطان پستان و سابقه توده خوش‌خیم پستانی ارتباط معنادار آماری وجود داشت ( $p < 0.05$ ). به طوری که ۹۵/۴٪ از زنان مورد مطالعه با سابقه فامیلی سرطان پستان اقدام به

**نمودار ۱:** انجام روش‌های مختلف غربالگری سرطان پستان در زنان مورد مطالعه



**روشهای مختلف غربالگری**

**جدول ۱:** وضعیت انجام خودآزمایی پستان، معاینه بالینی پستان و ماموگرافی در زنان انجام دهنده غربالگری

| ماموگرافی<br>تعداد (%) |             | معاینات بالینی پستان<br>تعداد (%) |             | خودآزمایی پستان<br>تعداد (%) |                | متغیر  |
|------------------------|-------------|-----------------------------------|-------------|------------------------------|----------------|--|
| ۱۰ (۷۶/۹)              | <۴۰         | ۱۲ (۸۶/۷)                         | ۲۰          | ۱۷ (۲۳)                      | ۲۰             | سن شروع (سال)                                  |
| ۲ (۱۵/۴)               | ۴۰          | ۵۴ (۷۷/۸)                         | ۲۱-۳۰       | ۵۷ (۷۷)                      | ۲۱-۳۰          |  |
| ۱ (۷/۷)                | >۴۰         | ۴ (۵/۶)                           | >۳۰         |                              |                |  |
|                        |             | ۱ (۱/۳)                           | هر ۶ ماه    | ۳۵ (۴۷/۳)                    | ماهانه         | فواصل انجام یا فواصل<br>مراجعه جهت انجام       |
|                        |             | ۵۵ (۷۲/۴)                         | هر یک سال   | ۱۱ (۱۴/۸)                    | ۲ ماه یکبار    |  |
|                        |             | ۷ (۹/۲)                           | هر ۲ ماه    | ۱۹ (۲۵/۷)                    | ۳-۴ بار در سال |  |
|                        |             | ۳ (۳/۹)                           | هر ۳ سال    | ۲ (۲/۷)                      | ۱-۲ بار در سال |  |
|                        |             | ۱۰ (۱۳/۲)                         | سایر موارد  | ۷ (۹/۵)                      | چند بار در ماه |  |
|                        |             |                                   |             | ۱۰ (۱۳/۵)                    | شروع قاعدگی    | زمان انجام                                     |
|                        |             |                                   |             | ۳۰ (۴۰/۶)                    | اتمام قاعدگی   |  |
|                        |             |                                   |             | ۲ (۲/۷)                      | بین قاعدگی‌ها  |  |
|                        |             |                                   |             | ۳۲ (۴۳/۲)                    | سایر موارد     |  |
| ۸ (۶۱/۵)               | بلی         | ۳۸ (۵۰)                           | بلی         | ۳۴ (۴۵/۳)                    | بلی            | توصیه به انجام یا مراجعه<br>جهت انجام غربالگری |
| ۵ (۳۸/۵)               | خیر         | ۳۸ (۵۰)                           | خیر         | ۴۱ (۵۴/۷)                    | خیر            |  |
| -                      | پزشک عمومی  | ۱۸ (۲۴)                           | پزشک عمومی  | ۴ (۵/۳)                      | پزشک عمومی     | فرد توصیه‌کننده                                |
| ۷ (۵۳/۸)               | متخصص زنان  | ۱۸ (۲۴)                           | متخصص زنان  | ۱۹ (۲۵/۳)                    | متخصص زنان     |  |
| ۱ (۷/۷)                | متخصص داخلی | ۳ (۴)                             | متخصص داخلی | ۲ (۲/۷)                      | متخصص داخلی    |  |
| ۵ (۳۸/۵)               | هیچ‌کدام    | ۱ (۱/۳)                           | ماما        | ۹ (۱۲)                       | ماما           |  |
|                        |             | ۳۵ (۴۶/۷)                         | هیچ‌کدام    | ۴۱ (۵۴/۷)                    | هیچ‌کدام       |  |

**جدول ۲:** کیفیت انجام خودآزمایی پستان در زنان مورد مطالعه

| کیفیت                     | افراد مورد پژوهش                    |                                     |
|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|                           | کل افراد مورد پژوهش<br>تعداد (%)    | انجام دهنده خودآزمایی<br>تعداد (%)  |
| بسیار مطلوب (نمره ۲۲-۱۹)  | ۲ (۰/۵)                             | ۲ (۲/۷)                             |
| مطلوب (۱۸-۱۵)             | ۵ (۱/۳)                             | ۵ (۶/۷)                             |
| متوسط (۱۴-۹)              | ۱۹ (۴/۸)                            | ۱۶ (۲۱/۳)                           |
| نامطلوب (۸-۵)             | ۳۶ (۹)                              | ۳۵ (۴۶/۷)                           |
| بسیار نامطلوب (۴-۰)       | ۳۳۸ (۸۴/۵)                          | ۱۷ (۲۲/۷)                           |
| جمع                       | ۴۰۰ (۱۰۰)                           | ۷۵ (۱۰۰)                            |
| میانگین:<br>انحراف معیار: | میانگین: ۱/۶۰<br>انحراف معیار: ۳/۵۸ | میانگین: ۷/۰۵<br>انحراف معیار: ۴/۲۶ |

**جدول ۳:** دلایل عدم انجام خودآزمایی پستان، معاینات بالینی پستان و ماموگرافی

| خودآزمایی پستان<br>تعداد (%)      |            | معاینات بالینی پستان<br>تعداد (%) |            | ماموگرافی<br>تعداد (%)   |            |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------------|------------|--------------------------|------------|
| عدم آگاهی از نحوه انجام خودآزمایی | ۱۷۳ (۵۲/۲) | نداشتن مشکل پستان                 | ۱۳۳ (۴۱/۵) | نداشتن مشکل پستان        | ۱۶۲ (۴۲/۱) |
| نداشتن مشکل پستانی                | ۶۰ (۱۸/۵)  | عدم آگاهی از انجام آن             | ۷۷ (۲۴)    | عدم آگاهی از انجام آن    | ۶۴ (۱۶/۶)  |
| تنبلی                             | ۲۱ (۶/۵)   | عدم احساس ضرورت                   | ۳۷ (۱۱/۶)  | عدم احساس ضرورت          | ۴۳ (۱۱/۲)  |
| عدم ضرورت                         | ۱۷ (۵/۲)   | هزینه                             | ۱۰ (۳/۲)   | عدم درخواست پزشکان       | ۴۲ (۱۰/۹)  |
| واگذاری انجام آن به پزشکان        | ۱۲ (۳/۷)   | خجالت کشیدن                       | ۹ (۲/۸)    | هزینه بالا               | ۱۶ (۴/۲)   |
| عدم تمایل به انجام آن             | ۸ (۲/۵)    | ترس از یافتن توده                 | ۳ (۰/۹)    | نداشتن اندیکاسیون (مورد) | ۷ (۱/۸)    |
| ترس از یافتن توده                 | ۶ (۱/۸)    | نداشتن وقت                        | ۳ (۰/۹)    | ترس از درد ماموگرافی     | ۳ (۰/۷)    |
| نیافتن توده‌ای با انجام آن        | ۲ (۰/۶)    | سایر موارد                        | ۲۹ (۹/۱)   | سایر موارد               | ۱۷ (۴/۴)   |
| عدم مراقبت از خود                 | ۱ (۰/۳)    |                                   |            |                          |            |
| سایر موارد                        | ۲۵ (۷/۷)   |                                   |            |                          |            |

**جدول ۴:** ارتباط مشخصات فردی - اجتماعی با انجام روش‌های غربالگری سرطان پستان

| مشخصات فردی - اجتماعی    | انجام خودآزمایی پستان<br><i>p-value</i> | انجام معاینات بالینی پستان<br><i>p-value</i> | انجام ماموگرافی<br><i>p-value</i> |
|--------------------------|---|--|-----------------------------------|
| میزان تحصیلات            | < ۰/۰۰۱                                 | -  | -                                 |
| وضعیت اشتغال             | < ۰/۰۰۱                                 | -  | -                                 |
| وضعیت درآمد              | < ۰/۰۰۱                                 | -  | -                                 |
| تعداد فرزند              | < ۰/۰۵                                  | -  | -                                 |
| سابقه شیردهی             | < ۰/۰۵                                  | -  | -                                 |
| کیفیت شیردهی             | < ۰/۰۵                                  | -  | -                                 |
| سابقه فامیلی سرطان پستان | < ۰/۰۰۱                                 | -  | < ۰/۰۵                            |
| سابقه توده خوش خیم پستان | -                                       | < ۰/۰۰۱                                      | < ۰/۰۵                            |

## بحث

همچنین در مطالعه ماهوری (۲۰۰۳) در شیراز ۲۸/۳٪ از زنان اقدام به خودآزمایی پستان نموده بودند، ۳۶/۵٪ از آنان معاینه بالینی پستان و ۹/۱٪ از آنان جهت غربالگری سرطان پستان ماموگرافی انجام داده بودند (۲) که تا حدودی با مطالعه حاضر مطابقت دارد. لذا در این مطالعه عملکرد زنان ضعیف‌تر نیز هست. در مطالعه فریزل و همکاران (۱۹۹۱) در کشورهای توسعه یافته اکثریت زنان هر سه روش غربالگری سرطان پستان را انجام می‌دادند

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درصد اندکی کمتر از ۲۰٪ از زنان شرکت‌کننده در مطالعه، خودآزمایی پستان، معاینه بالینی پستان و ماموگرافی را انجام دادند. در مطالعه اکویبا (۲۰۰۶) در نیجریه ۳۴/۹٪ از افراد مورد پژوهش خودآزمایی پستان، ۹/۱٪ از زنان معاینه بالینی پستان را در یک سال گذشته انجام داده و هیچ یک از افراد مورد پژوهش سابقه انجام ماموگرافی نداشتند (۴).

(۱۹). به نظر می‌رسد از دلایل اصلی این امر عدم وجود آموزش‌های کافی در کشور ما می‌باشد.

از بین افرادی که خودآزمایی انجام داده بودند حدود نیمی از آنان خودآزمایی را به طور ماهانه انجام می‌دادند در مطالعه برادران (۲۰۰۸) ۷۲/۱٪ از آنان خودآزمایی پستان را ماهانه انجام می‌دادند (۲۰). در مطالعه چونگ و همکاران (۲۰۰۲) ۶۷/۲٪ این افراد به طور ماهانه مبادرت به انجام خودآزمایی پستان می‌کردند (۱۰).

در بین افرادی که معاینه بالینی پستان را انجام می‌دادند بیش از دو سوم از آنان به طور سالانه اقدام به این غربالگری کرده بودند. در مطالعه برادران (۲۰۰۸) ۱۵/۴٪ از زنان به طور سالانه معاینه بالینی پستان را انجام داده و اکثریت آن‌ها پاسخ نداده بودند (۲۰) که از این نظر عملکرد زنان در این مطالعه بهتر بوده است.

نیمی از افرادی که معاینه بالینی پستان را انجام داده بودند، توصیه به انجام معاینه بالینی پستان شده بودند که اکثریت آن‌ها (۴۸٪) توسط پزشک عمومی و متخصص زنان توصیه به انجام آن شده بودند. در مطالعه برادران (۲۰۰۸) نیز اکثریت زنان (۳۰/۸٪) توسط پزشکان به انجام معاینه بالینی پستان توصیه شده بودند (۲۰) که با مطالعه حاضر مطابقت دارد.

در بین زنانی که ماموگرافی انجام داده بودند اکثریت آن‌ها یعنی سه چهارم آن‌ها در سن زیر ۴۰ سال اقدام به این کار کرده بودند و ۶۱/۵٪ از آن‌ها توصیه به انجام ماموگرافی شده بودند و بیشتر افرادی که ماموگرافی انجام داده بودند (۵۳/۸٪) توسط متخصصین زنان توصیه به انجام این غربالگری شده بودند. در مطالعه وظیفه شناس و همکاران (۲۰۰۷) فقط ۲۴٪ از ماماها شاغل در مراکز بهداشتی و پایگاه‌های بهداشتی شهر تبریز عملکرد خوبی برای غربالگری پستان داشتند (۲۱). در مطالعه حاضر نیز عملکرد کارکنان سلامت و ماماها در زمینه روش‌های غربالگری مطلوب نبود. یکی از نقش‌های ماما تشویق همه زنان به انجام خودآزمایی پستان و پیگیری توصیه‌های غربالگری است (۵).

کیفیت انجام خودآزمایی پستان (با استفاده از چک لیست مشاهده‌ای مربوط به مراحل انجام خودآزمایی) تنها در ۱/۸٪ از زنان بسیار مطلوب و مطلوب بوده و درصد بسیار کمی از افراد تکنیک خودآزمایی را به طور صحیح انجام می‌دادند. تکنیک انجام خودآزمایی در مطالعات قبلی

بررسی نشده ولی ماهوری (۲۰۰۳) در مورد بررسی کل روش‌های غربالگری به این نتیجه رسید که تنها ۱٪ از افراد تحت مطالعه تمامی اقدامات لازم در زمینه غربالگری پستان را به درستی و به طور کامل انجام می‌دادند (۲).

مهم‌ترین دلایل عدم انجام خودآزمایی پستان در زنان مورد مطالعه به ترتیب عدم آگاهی از نحوه انجام خودآزمایی (۵۳/۲٪) نداشتن مشکل پستان (۱۸/۵٪)، تنبلی (۶/۵٪) و عدم ضرورت (۵/۲٪) بوده در مطالعه برادران (۲۰۰۸) مهم‌ترین دلایل برای عدم انجام روش‌های غربالگری سرطان پستان به ترتیب ترس از ظاهر تومور (۲۹/۳٪)، اعتقاد به غیر قابل پیشگیری بودن سرطان (۱۵/۵٪) و فقدان آگاهی و اطلاعات (۱۳/۸٪) بود (۲۰). مطالعه چونگ و همکاران (۲۰۰۲) مهم‌ترین دلایل عدم انجام خودآزمایی پستان به طور منظم در پرستاران عبارت بودند از: فراموشی و عدم ضرورت و مطالعات مختلف نشان می‌دهند که انجام خودآزمایی پستان با داشتن آگاهی ارتباط چشمگیری دارد (۱۰) که با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت دارد.

همچنین مهم‌ترین دلایل عدم انجام معاینه بالینی پستان در این مطالعه به ترتیب نداشتن مشکل پستانی (۴۱/۵٪)، عدم آگاهی از انجام آن (۲۴٪) و عدم احساس ضرورت (۱۱/۶٪) بود. در مطالعه چونگ و همکاران (۲۰۰۲) مهم‌ترین و بیشترین دلیل ذکر شده توسط پرستاران تحت مطالعه به ترتیب عدم احساس ضرورت، خجالت کشیدن و خیلی مشغول بودن ذکر شده بود (۱۰).

مهم‌ترین علت عدم انجام ماموگرافی در این مطالعه همانند دلایل معاینه بالینی پستان به ترتیب نداشتن مشکل پستانی (۴۲/۱٪) عدم آگاهی از انجام آن (۱۶/۶٪) و عدم احساس ضرورت (۱۱/۲٪) بود. در مطالعه چونگ و همکاران (۲۰۰۲) بیشترین علت عدم انجام ماموگرافی عدم ضرورت و سپس گران بودن روش بود (۱۰). آنچه که در دلایل ذکر شده برای عدم انجام روش‌های غربالگری در مطالعه حاضر بیشتر به چشم می‌خورد عدم آگاهی از انجام و نحوه انجام روش‌های غربالگری است. همان‌گونه که قبلاً نیز ذکر شد انجام روش‌های غربالگری با داشتن آگاهی و اطلاعات ارتباط چشمگیری دارد.

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که انجام خودآزمایی پستان با سطح تحصیلات افراد رابطه معناداری دارد و عملکرد افرادی با تحصیلات دانشگاهی بالاتر است.



بین سن و انجام خود آمایی پستان ارتباط وجود نداشت (۴ و ۲).

ولی در برخی از مطالعات بین سن و انجام خودآمایی پستان ارتباط معکوس وجود داشت (۱۹ و ۲). مشابه مطالعه حاضر در مطالعه اکویبا نیز بین عملکرد سرطان پستان با وضعیت تأهل ارتباط وجود نداشت (۴). که با این مطالعه هم‌خوانی دارد. همچنین نتایج اکثر مطالعات نشان می‌دهد که سابقه قبلی بیماری‌های پستان با انجام خودآمایی پستان ارتباط معنادار آماری دارد (۱۹ و ۲). که عدم مطابقت با مطالعه حاضر می‌تواند مربوط به درصد بسیار کم افراد با سابقه بیماری‌های خوش خیم پستان در این پژوهش باشد.

در این مطالعه بین انجام معاینات بالینی پستان با سابقه توده خوش خیم پستانی ارتباط معنادار آماری وجود داشت. به طوری که افرادی که سابقه توده خوش خیم پستانی عملکرد بالاتری در انجام این معاینه داشتند. در مطالعه ماهوری و همکاران (۲۰۰۳) نیز بین سابقه قبلی ابتلا به بیماری‌های پستان نیز با عملکرد معاینه بالینی پستان ارتباط معنادار وجود داشت (۲). همچنین در مطالعه چونگ و همکاران (۲۰۰۲) بین سابقه بیماری‌های پستان با عملکرد معاینه بالینی پستان ارتباط معنادار آماری وجود داشت (۱۰) که با مطالعه حاضر مطابقت دارد.

در این مطالعه ارتباط معنادار آماری بین انجام ماموگرافی با سابقه فامیلی سرطان پستان و سابقه توده خوش خیم پستان وجود داشت. به طوری که افرادی که سابقه فامیلی یا سابقه توده خوش خیم پستان از عملکرد بهتری جهت انجام ماموگرافی برخوردار بودند. در مطالعه ماهوری و همکاران (۲۰۰۳) بین سابقه قبلی ابتلا به بیماری‌های پستان و سابقه فامیلی سرطان پستان با انجام ماموگرافی ارتباط معنادار وجود داشت (۲). در مطالعه راتلج و همکاران (۲۰۰۱) نیز انجام ماموگرافی با ریسک بالاتر از نظر سابقه فامیلی و سابقه بیماری‌های پستان همراهی داشت (۹) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه عملکرد بسیار پایین خودآمایی پستان، معاینات بالینی پستان و ماموگرافی را در بین زنان مورد مطالعه نشان داد. برای اصلاح عملکرد زنان،

نتایج مطالعات یوسل و همکاران (۲۰۰۶) و اکویبا (۲۰۰۵) نیز مؤید این است که انجام خودآمایی پستان با سطح تحصیلات بالاتر به طور معناداری ارتباط دارد (۲۲ و ۴).

در این مطالعه وضعیت اشتغال فرد نیز با انجام خودآمایی پستان ارتباط معنادار داشت و افراد شاغل در خارج از منزل عملکرد بهتری داشتند. در مطالعه اکویبا (۲۰۰۵) نیز نوع اشتغال فرد با عملکرد فرد در زمینه خودآمایی پستان ارتباط معنادار داشت و افراد شاغل در شغل‌های حرفه‌ای از قبیل تدریس، پرستاری و ... عملکرد بهتری نسبت به دیگران داشتند (۴). همچنین میزان درآمد افراد با انجام خودآمایی پستان رابطه داشت. افرادی با درآمد کافی عملکرد بهتری داشتند در نتایج مطالعه یوسل و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان می‌دهد که سطوح بالاتر درآمد با انجام غربالگری سرطان پستان ارتباط دارد (۲۲).

بر اساس یافته‌های پژوهش بین انجام خودآمایی پستان با تعداد فرزندان نیز ارتباط معناداری وجود داشت و زنان بدون فرزند عملکرد بهتری در این زمینه داشتند. راتلج و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که انجام خودآمایی پستان با وجود ریسک بالاتر و عوامل خطر در فرد ارتباط معنادار دارد (۹) و از آنجایی که اول‌زایی از عوامل خطر سرطان پستان هستند بنابراین احتمالاً علت نتیجه فوق در مطالعه حاضر ریسک بالای افراد بدون فرزند است.

بین سابقه شیردهی و شیردهی انحصاری با انجام خودآمایی پستان ارتباط غیرمستقیم وجود داشت و افرادی که فرزند خود را با شیر مادر تغذیه نکرده بودند و همچنین زنانی که شیردهی انحصاری نداشتند عملکرد بهتری در خودآمایی پستان داشتند که با یافته‌های راتلج هم‌خوانی دارد و ریسک بالا در این مورد نیز صدق می‌کند.

در این مطالعه سابقه فامیلی سرطان پستان با انجام خودآمایی پستان ارتباط معناداری داشت و زنانی با سابقه فامیلی کانسر پستان از عملکرد بهتری برخوردار بودند که با نتایج مطالعات پژوهشگران دیگر مطابقت دارد (۱۹ و ۲).

در پژوهش حاضر بین سن، وضعیت تأهل، نوع پیشگیری و سابقه بیماری‌های خوش خیم پستان با انجام خودآمایی پستان ارتباط معنادار آماری وجود نداشت. در مطالعه ماهوری و همکاران (۲۰۰۳) و اکویبا (۲۰۰۵) نیز

برنامه‌های آموزشی مناسب و مداوم از طریق رسانه‌های جمعی از قبیل رادیو، تلویزیون و نشریات باید اجرا گردد. پخش فیلم‌های آموزشی توسط مراکز سلامت برای زنان بسیار مفید خواهد بود. تهیه پوسترها و پمفلت‌های آموزشی در زمینه روش‌های غربالگری سرطان پستان مؤثر خواهد بود چرا که سطح بالای آگاهی افراد تأثیر به‌سزایی در عملکرد مطلوب آن‌ها دارد. همچنین آرایه آموزش‌های لازم و ضروری در مورد روش‌های غربالگری سرطان پستان توسط کارکنان بهداشتی به ویژه در دوران بارداری و پس از زایمان حتی در دوره‌های مشاوره قبل از ازدواج ضروری به نظر می‌رسد. نتایج مطالعه نشان داد که در زنان پرخطر انجام روش‌های غربالگری بسیار مطلوب بود، بنابراین می‌توان با حساس نمودن زنان به موضوع و فواید تشخیص در مراحل اولیه بیماری، عملکرد آن‌ها را بهبود بخشید. مطابق نتایج پژوهش پزشکان نقش مهمی در توصیه افراد جهت انجام روش‌های غربالگری داشتند، هر چند ناگفته نماند که درصد قابل توجهی از زنان هیچ توصیه‌ای جهت این کار دریافت نکرده بودند، لذا به نظر می‌رسد وزارت محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند با اولویت قرار دادن این مسأله در برنامه‌های آموزشی پرسنل بهداشتی اعم از پزشکان، ماماها و سایر کارکنان بهداشتی نقش مهمی در پیشگیری و تشخیص به موقع سرطان پستان ایفا نماید.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری و مساعدت معاونت پژوهشی دانشگاه، معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، مسؤولین و اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی، مسؤولین مرکز بهداشت شهرستان تبریز و مسؤولین و کارکنان مراکز بهداشتی و همه زنانی که در جمع‌آوری اطلاعات با صبر و حوصله ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### منابع

- 1 - Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif AE. Kistner's gynecology and women's Health. Translated by Ghazijahani B. Tehran: Gholban publishers; 2008. P. 229-248.
- 2 - Mahoori Kh, Sadeghi H A, Abdorrasool T. Knowledge and practice of women referring to Shiraz health centers about breast cancer screening. Medical Journal of Hormozgan. 2003; 7 (2): 68-75.
- 3 - Baradaran R, Seidi S, Barzaje A SH. Breast cancer screening methods in women. Papers of Congress of health promotion of Zanzan University of Medical Sciences (poster) result of an approved proposal in other organization, 2003.  
<http://tbzmed.ofis.ir/default.aspx?articles&member=233&page=1&l=fa>
- 4 - Okobia MN, Bunker CH, Okonofua FE, Osime U. Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: A cross-sectional study. J Surg oncol. 2006; 4: 11-19.
- 5 - Moghadam F. Teachers knowledge and attitude of breast self-examination in high schools of Khoy city. MSc thesis in midwifery, Tabriz: Faculty of nursing and midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, 1998.
- 6 - Shahnazi M, Sahar A, Ghavami M. Breast cancer screening methods in women referring to educational centers of Tabriz 2006-2007. Abstract of papers; 13<sup>th</sup> international medical sciences congress of Islamic Azad University, 2008: 133.
- 7 - Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. The Breast Journal. 2007; 13(4): 383-391.

- 8 - Ameri R. Surveying the knowledge of women aged above 15 year referring Ghods birth hospital about cancer screening methods. MD Thesis, Zahedan University of Medical Sciences. Faculty of medicine, 2002.
- 9 - Rutledge DN, Barsevick A, Knobf MT, Book binder M. Breast cancer detection: Knowledge attitudes and behaviors of women from Pennsylvania. *Oncol Nurs: Forum*. 2001; 28(6): 1032-40.
- 10 - Chong PN, Krishnan M, Hong CY, Swan TS. Knowledge and practice of breast cancer screening amongst public health nurses in Singapore. *Singapore Med J*. 2002; 43(10): 509-516.
- 11 - Ohuchi N, Yoshida K, Kimura M, Ouchi A, Kamioki S, Shiiba K and et al. Improved detection rate of early breast cancer in mass screening Combined with mammography. *Jpn J Cancer Res*. 1993; 84(7): 807-812.
- 12 - Chua SM, Mok T SK, Kwan WH, Yeo W, Zee B. Knowledge, perceptions and attitudes of Hong Kong Chinese women on screening mammography and early breast cancer management. *The Breast Journal*. 2005; 11(1): 52-56.
- 13 - Semiglazev VF, Manikhas AG, Moiseenko VM, Protsenko SA, Kharikoven RS, Seleznev IK and et al. To evaluate the significance of self-examination for the early detection of breast cancer. *Vopr Onkol*. 2003; 49: 434-441.
- 14 - Parsai S, Rezasoltani P. *Mother and Child Health*. 1th ed. Tehran: Sanjesh publication; 2002. P. 35.
- 15 - Akbari Mohamad Esmail. Instruction of managed cares number (32) of Ministry of Health and Medical Education - guidance for diagnose and prevention methods of breast tumors. 2004, 147-150.
- 16 - [http://www.iranmania.com/News/Farsi/Article/view/?News\\_code=330/6&News\\_kind=culture](http://www.iranmania.com/News/Farsi/Article/view/?News_code=330/6&News_kind=culture).
- 17 - Nan SL. Role of the nurse practitioner in breast and cervical cancer prevention. *J Cancer Nursing*. 1995; 18(4): 251-257.
- 18 - Medical Council: Approved in high council of Medical Council. Analysis of midwives' tasks, 2009.
- 19 - Frisell J, Eklund G, Hellstrom L, Lidbrink E, Rutqvist LE, Somell A. Randomized study of mammography screening preliminary report on mortality the Stockholm trial. *Breast Cancer Res Treat*. 1991; 18: 49-56.
- 20 - Baradaran R M. Breast cancer detection among Tabrizian women. *Research Journal of Biological Sciences*. 2008; 3(2): 236-237.
- 21 - Vazifeshenas R, Shahnazi M, Tavakol Z. Practice of the midwives occupied in health centers of Tabriz about breast cancer screening methods. The papers of 1th congress of life quality and health promotion (oral), Azad University of Maragheh, 2007.
- 22 - Yucel A, Degirmenci B, Acar M, Ellidkuz H, Albayrak R, Haktanir A. Knowledge about breast cancer and mammography in breast cancer screening among women awaiting mammography. *Turk J Med Sci*. 2005; 35: 35-42.

## Performance conditions of breast cancer screening methods and its efficient factors among women referring to health centers of Tabriz

Farshbaf Khalili<sup>1</sup> A (MSc.) - Shahnazi<sup>2</sup> M (MSc.) - Ghahvechi<sup>3</sup> A (B.Sc.) - Thorabi<sup>4</sup> Sh (B.Sc.)

**Introduction:** Breast cancer is the most common cancer and the second major cause of cancer deaths in women. Detection of breast cancer in its early stages is amenable to almost complete cure. Breast cancer screening comprises breast-self-examination (BSE), clinical breast examination (CBE) and mammography. The purpose of this study was to examine the performance conditions of screening methods among women referring to health centers of Tabriz in 2008.

**Methods:** Using descriptive- analytic study method, 400 women aged 20-50 years were selected through random clustered sampling. The samples were drawn from Tabriz health centers and their active records. The data were collected through a questionnaire consisting personal and social characteristics and a self-examination observational checklist. Descriptive and inferential statistics (Chi square and fisher's exact test) were used to analyze the data by SPSS software (version 13).

**Results:** The study demonstrated that only 18.8% of women performed breast self examination. 19.1% had clinical breast examination and 3.3% mammogram. The main reasons for women who didn't perform breast cancer screening were being unaware of breast self examination, not having a breast problem and not feeling its necessity. Performing of BSE was significantly correlated with level of education, employment, income, number of children, breastfeeding history, breastfeeding quality and family history of breast cancer. There were also significant relationship between performing of CBE and history of benign breast tumor as well as between performing of mammography and family history of breast cancer and history of benign breast tumor ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** The finding revealed that the performance of breast cancer screening methods was not satisfactory. Providing essential education regarding breast cancer screening methods through health personnel especially during pregnancy, post partum and even during counselling sessions before marriage, seems to be necessary.

**Key words:** Breast cancer, Breast-self-examination, Clinical breast examination, Mammography, Efficient factors

1 - Corresponding Author: Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

**e-mail:** azizeh\_farshbafkhalili@yahoo.com

2 - Faculty Member, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

3 - Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

4 - Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.