

آگاهی، عملکرد و تهدید درک شده نسبت به سرطان پستان در زنان شهر گرگان

اراز بردی قورچایی^۱، عبدالرحمان چرکزی*^۲، آتنا رزاق نژاد^۳

۱- استادیار و متخصص بیهوشی، گروه بیهوشی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۲- دکترای تخصصی آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۳- کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان، یکی از شایع ترین سرطان‌ها در بین زنان سراسر دنیا است. این مطالعه باهدف تمکین روش‌های غربالگری سرطان پستان و ارتباط آن با حساسیت و شدت درک شده در بین زنان شهر گرگان انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی، ۳۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به دو پایگاه بهداشتی شهر گرگان که به صورت خوشه‌ای انتخاب شده بودند، وارد مطالعه گردیدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ای مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، سئوالات آگاهی و عملکرد بود. سئوالات بخش تهدید درک شده (حساسیت و شدت درک شده) برگرفته از مقیاس الگوی اعتقاد بهداشتی چمپیون (CHBMS) در مورد روش‌های غربالگری سرطان پستان بود.

یافته ها: دامنه سنی افراد مورد بررسی ۶۰-۱۸ سال با میانگین و انحراف $30/3 \pm 7/3$ سال بود. در بخش آگاهی ۸۸/۳ درصد نتوانستند به هیچ یک از سئوالات پاسخ صحیح بدهند. در بخش عملکرد ۳۱/۳ درصد سابقه خود آزمایی پستان، ۱۱/۳ درصد سابقه معاینه بالینی توسط پزشک یا کارکنان بهداشتی و ۵ درصد سابقه انجام ماموگرافی داشتند. ۴/۷ درصد حساسیت درک شده بالا و ۴۶/۷ درصد شدت درک شده بالا داشتند. حساسیت درک شده بالا با انجام خود آزمایی و معاینه بالینی پستان ارتباط معنی داری نداشت، ولی با انجام ماموگرافی ارتباط معنی - داری داشت ($P=0/042$).

نتیجه گیری: آگاهی و عملکرد زنان مورد بررسی نسبت به روش‌های غربالگری سرطان پستان نامناسب بود. حساسیت درک شده اکثر آنان نسبت به سرطان پستان پایین بود. انجام مداخلات برای افزایش آگاهی و حساسیت درک شده بالا به منظور دستیابی به عملکرد مناسب و مطلوب در زمینه غربالگری سرطان پستان محسوس است.

کلید واژه ها: سرطان پستان، رفتارهای غربالگری، تهدید درک شده، حساسیت درک شده، شدت درک شده، آگاهی، عملکرد

*نویسنده مسئول: عبدالرحمان چرکزی، پست الکترونیکی: rcharkazi@yahoo.com

نشانی: گرگان، ابتدای جاده شصتکلا، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی. تلفن ۴۴۲۳۶۳۰ (۰۱۷۱)

وصول مقاله: ۹۱/۶/۲۲، اصلاح نهایی: ۹۱/۹/۱۶، پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۱

مقدمه

سرطان پستان، شایع ترین سرطان در بین زنان در سراسر دنیا است و از هر ۸ زن احتمال می رود یک زن در طول عمر خود به این بدخیمی مبتلا شود (۱). هر سال بیش از یک میلیون و یکصد هزار نفر زن در دنیا مبتلا به سرطان پستان می شوند (۲). در مناطق توسعه یافته دنیا این سرطان بیشترین میزان شیوع را دارد، به طوری که در امریکای شمالی میزان شیوع آن بر حسب استاندارد سنی به ۹۹/۴ در یکصد هزار نفر جمعیت می رسد (۳). همچنین این سرطان به عنوان یک مشکل بهداشتی در مناطق کمتر توسعه یافته مطرح است، به طوری که میزان شیوع سالانه آن تا ۵ درصد در سال در حال افزایش است (۴ و ۵). سن ابتلا به سرطان پستان در ایران ۱۰ سال جوان تر از کشورهای توسعه یافته است و میانگین سن مبتلایان ۴۷/۱ تا ۴۸/۸ سال می باشد (۶ و ۷). بر طبق آمار وزارت بهداشت در سال ۲۰۰۰ میلادی، سرطان پستان با تخصیص ۲۱/۴ درصد از کل بدخیمی ها در زنان ایرانی رتبه اول را به خود اختصاص داده است (۶). مطالعه ای اخیر نشان می دهد که بیشترین شیوع سرطان پستان در زنان ایرانی، بین سنین ۴۹-۴۰ سالگی است. بروز سرطان پستان در ایران ۲۲ در یکصد هزار نفر و شیوع آن ۱۲۰ در یکصد هزار زن ۸۴-۱۵ ساله است (۸).

پژوهشگران میزان بالای مرگ و میر زنان بر اثر سرطان پستان را ناشی از تشخیص دیر هنگام این بیماری می دانند و موفقیت کشورهای پیشرفته در کنترل مرگ و میر و سایر پیامدهای ناشی از بیماری را در گرو تشخیص به موقع و زودرس آن دانسته اند، زیرا بقای فرد به طور مستقیم در ارتباط با مرحله بیماری در زمان تشخیص می باشد (۹). میزان بقای ۵ ساله در خانم هایی که سرطان آن ها در مراحل اولیه تشخیص داده شده، ۹۰ درصد است، در حالی که این میزان در خانم هایی که سرطان آن ها پیشرفت کرده است، به ۶۰ درصد کاهش می یابد (۹).

بهترین راه تشخیص زودرس این سرطان، غربالگری است، زیرا برخی از خصوصیات سرطان پستان از قبیل رشد آهسته، قابل تشخیص بودن در مراحل اولیه و موثر بودن

درمان در این مراحل به عنوان یکی از روش های کنترل بیماری از اهمیت بسزایی برخوردار است. طبق بررسی های به عمل آمده، ۷۰ درصد زنان مبتلا به سرطان در ایران، به دلیل تاخیر در مراجعه برای انجام تست های تشخیصی و پیشرفته بودن مراحل بیماری، در مدت کوتاهی فوت می نمایند (۱۰).

خودآزمایی پستان، معاینه بالینی توسط پزشک یا کارکنان بهداشتی و ماموگرافی، روش هایی هستند که برای غربالگری سرطان پستان استفاده می شود. برنامه غربالگری به این ترتیب است: ۱- خودآزمایی به صورت ماهانه از ۲۰ سالگی-۲ معاینه فیزیکی توسط پزشک و کارکنان بهداشتی ماهر هر سه سال بین ۴۰-۲۰ سالگی و سپس هر یک سال ۳- ماموگرافی از ۴۰ سالگی هر ۳-۲ سال یک بار (۱).

مطالعات انجام شده در کشور نشان می دهد عملکرد روش های غربالگری سرطان پستان کم است. در مطالعه عابدیان و همکاران (۱۳۸۵) نتایج نشان داد که ۶۹/۵ درصد زنان بالای ۴۰ سال تاکنون ماموگرافی را انجام نداده اند (۱۱).

برخی از پژوهشگران برای بررسی باورها و اعتقادات مرتبط با روش های غربالگری سرطان ها، بخصوص سرطان پستان از چارچوب های تئوریک نظیر الگوی اعتقاد بهداشتی استفاده کرده اند (۱۴-۱۲).

مقیاس الگوی اعتقاد بهداشتی چمپیون (CHBMS)، یک ابزار اندازه گیری برای سنجش باورهای افراد در ارتباط با روش های غربالگری سرطان سینه بر اساس سازه ها و متغیرهای الگوی اعتقاد بهداشتی است که در دهه ۱۹۸۰ میلادی توسط چمپیون معرفی شد و از آن زمان تاکنون به طور گسترده ای توسط پژوهشگران مورد استفاده قرار گرفته است (۱۵). بر اساس این الگو یک زن زمانی که خود را مستعد ابتلا به سرطان پستان بداند (حساسیت درک شده) و آن را یک بیماری جدی و تهدید کننده سلامتی اش بداند (شدت درک شده) و از طرفی فواید ناشی از انجام این کار (فواید درک شده) بیشتر از موانع آن (موانع درک شده) بداند به احتمال زیاد از روش های غربالگری تبعیت خواهد کرد (۱۳ و ۱۶).

نتایج مطالعه Wu و همکاران (۲۰۰۶) که بر روی زنان

انجام روش‌های غربالگری سرطان سینه با پاسخ بلی/خیر بود. بخش تهدید درک شده شامل ۱۰ سؤال (۳ سؤال در مورد حساسیت درک شده و ۷ سؤال در مورد شدت درک شده) با پاسخ‌های لیکرت ۵ رتبه‌ای از «کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم» بود. نمره دهی به سئوال‌ها به ترتیب از ۱ تا ۵ بود. حساسیت درک شده به سه دسته کم، متوسط و زیاد تقسیم گردید، بدین ترتیب که کسب نمره ۷ و کمتر از آن به عنوان حساسیت درک شده کم، نمره ۸-۱۱ حساسیت درک شده متوسط و نمره ۱۲-۱۵ از آن حساسیت درک شده زیاد در نظر گرفته شد. همچنین همین تقسیم بندی برای سازه شدت درک شده استفاده گردید، بدین ترتیب که نمره ۱۶ و کمتر به عنوان شدت درک شده کم، نمره ۱۷-۲۶ شدت درک شده متوسط و کسب نمره ۲۷-۳۵ شدت درک شده زیاد در نظر گرفته شد.

سئوال‌ها بخش آگاهی و عملکرد، محقق ساخته بود که بر اساس بررسی متون تدوین شد و از طریق روایی صوری و محتوی توسط ۴ متخصص آموزش بهداشت مورد تایید قرار گرفت. پایایی آن‌ها نیز از طریق آزمون مجدد به فاصله ۲ هفته با ضریب همبستگی ($\alpha=0/88$) و از طریق آزمون ثبات درونی ($\alpha=0/63$) بر روی ۳۰ نمونه در فاز پایلوت مورد تایید قرار گرفت. سئوال‌ها بخش تهدید درک شده بر گرفته از مقیاس الگوی اعتقاد بهداشتی چمپیون (CHBMS) در مورد روش‌های غربالگری سرطان پستان بود. روایی و پایایی این پرسشنامه در کشورمان توسط تیموری و Berry مورد تایید قرار گرفته است (۲۰). پایایی سئوال‌ها برای سازه حساسیت درک شده بر اساس آزمون آلفای کرونباخ برابر با ($\alpha=0/539$)، برای سازه شدت درک شده برابر با ($\alpha=0/721$) و برای مجموع آن‌ها یعنی سازه تهدید درک شده ($\alpha=0/634$) بدست آمد.

پایایی این پرسشنامه در مطالعه پایلوت بر روی ۳۰ نفر از طریق آزمون ثبات درونی ($\alpha=0/63$) بدست آمد. روش تکمیل پرسشنامه بدین صورت بود که پرسشگر به صورت چرخشی در روزهای مختلف هفته به دو پایگاه مورد نظر مراجعه کرده و به زنانی که به منظور دریافت خدمات روتین

فلیپینی، چینی مقیم امریکا و زنان آسیایی- هندی مقیم امریکا انجام شد، نشان داد ۲۷ درصد زنان به طور مرتب خودآزمایی ماهانه پستان را انجام می‌دهند و تهدید درک شده نسبت به سرطان پستان در زنان فلیپینی و چینی به طور معنی‌داری بیشتر از زنان دیگر بود (۱۷).

نتایج مطالعه *Uzun* و *Canbulat* در ترکیه (۲۰۰۸) نشان داد که ۲۱/۹ درصد کارکنان بهداشتی، خودآزمایی سرطان سینه و ۱۲/۵ درصد آنان سابقه انجام ماموگرافی را ذکر کردند. حساسیت درک شده در زنانی که سابقه ماموگرافی و خودآزمایی منظم سینه داشتند، بیشتر از دیگر زنان بود (۱۸). از آن جایی که مطالعه‌ای در ارتباط با تهدید درک شده نسبت به سرطان و ارتباط آن با آگاهی و عملکرد زنان نسبت به روش‌های غربالگری سرطان پستان در شهر گرگان انجام نشده است، این مطالعه با هدف تعیین فراوانی عملکرد روش‌های غربالگری سرطان پستان و ارزیابی باور و اعتقاد زنان به این بیماری بر اساس سازه تهدید درک شده (حساسیت و شدت درک شده) الگوی اعتقاد بهداشتی در زنان شهر گرگان انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه، توصیفی از نوع مقطعی بود که در پاییز و زمستان ۱۳۹۰ بر روی ۳۰۰ زن مراجعه کننده به دو پایگاه بهداشتی شهر گرگان که به صورت نمونه گیری دو مرحله- ای انتخاب شده بودند، انجام گرفت. بدین ترتیب که ابتدا این دو پایگاه به صورت خوشه‌ای انتخاب شدند و سپس به صورت نمونه گیری در دسترس از بین زنان مراجعه کننده انتخاب شدند. بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه، تعداد نمونه ۲۶۵ نفر محاسبه شد، ولی برای دقت بیشتر ۳۰۰ نفر وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه، زنان دارای پرونده فعال بهداشتی بودند. ابزارگرد آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای مشتمل بر سئوال‌ها مشخصات فردی، آگاهی، عملکرد و تهدید درک شده نسبت به سرطان سینه بود. بخش آگاهی شامل ۴ سؤال کوتاه؛ پاسخ در زمینه سن شروع خودآزمایی، تناوب انجام خود آزمایی، معاینه بالینی توسط پزشک و ماموگرافی بود. بخش عملکرد شامل ۳ سؤال در زمینه سابقه

جدول ۱: توزیع فراوانی آگاهی نسبت به روش‌های غربالگری سرطان

پستان در زنان مورد بررسی در شهر گرگان در سال ۱۳۹۰

سؤال	پاسخ درست تعداد(درصد)	پاسخ نادرست تعداد(درصد)	بدون پاسخ تعداد(درصد)
زمان خودآزمایی پستان هر چند وقت یک بار است؟	۱۷(۵/۷)	۳۵(۱۱/۷)	۲۴۸(۸۲/۶)
زمان معاینه بالینی پستان توسط پزشک هر چند وقت یک بار است؟	۷(۲/۳)	۲۳(۶/۷)	۲۷۳(۹۱)
سن شروع ماموگرافی از چند سالگی است؟	۱۷(۵/۷)	۳۸(۱۲/۶)	۲۴۵(۸۱/۷)
زمان انجام ماموگرافی هر چند وقت یک بار است؟	۱۰(۳/۳)	۷(۲/۴)	۲۸۳(۹۴/۳)

در سازه شدت درک شده عبارت «اگر کسی سرطان پستان بگیرد، مدت‌ها درگیر مشکلات این بیماری می‌شود» بیشترین میانگین و عبارت «بیمار مبتلا به سرطان پستان بیش از ۵ سال زنده نمی‌ماند» کمترین میانگین را به خود اختصاص دادند (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات سازه‌های حساسیت و شدت درک

شده نسبت به سرطان پستان در زنان مورد بررسی

در شهر گرگان در سال ۱۳۹۰**

سازه	گویه	میانگین و انحراف معیار*
حساسیت درک شده	- ممکن است در آینده سرطان پستان بگیرم	۲/۶۵±۱/۳۳
	- احساس می‌کنم که در طول زندگی‌ام سرطان پستان نخواهم گرفت	۲/۵۰±۱/۳۷
	- احتمال ابتلای من به سرطان پستان در چند سال آینده زیاد است	۲/۵۱±۱/۲۸
شدت درک شده	- تصور ابتلا به سرطان پستان مرا می‌ترساند	۴/۰۱±۱/۴۱
	- می‌ترسم به سرطان پستان فکر کنم	۳/۷۱±۱/۶۰
	- اگر کسی سرطان پستان بگیرد، مدت‌ها درگیر مشکلات این بیماری می‌شود	۴/۴۵±۱/۰۴
	- هر وقت به سرطان پستان فکر می‌کنم، قلبم تندتر می‌زند	۳/۷۵±۱/۵۰
	- اگر کسی سرطان پستان بگیرد، زندگی‌اش دگرگون می‌شود	۳/۷۰±۱/۵۳
	- بیمار مبتلا به سرطان پستان بیش از ۵ سال زنده نمی‌ماند	۲/۴۵±۱/۲۵
	- اگر کسی سرطان پستان بگیرد، به رابطه زناشویی‌اش لطمه می‌زند	۳/۸۴±۱/۴۸

* سقف نمرات ۵ می‌باشد. ° تعداد برای تمام گویه‌ها ۳۰۰ نفر می‌باشد.

با تقسیم بندی حساسیت درک شده، شدت درک شده و تهدید درک شده به سه حیطه کم، متوسط، و زیاد نتایج نشان داد که ۱۴ نفر (۴/۷ درصد) دارای حساسیت درک شده زیاد، ۱۴۰ نفر (۴۶/۷ درصد) دارای شدت درک شده زیاد هستند (جدول ۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار حساسیت و شدت درک

شده بر اساس تقسیم بندی سه گانه در بین زنان مورد بررسی

در شهر گرگان در سال ۱۳۹۰

باورها	نگرش منفی تعداد(درصد)	نگرش خنثی تعداد(درصد)	نگرش مثبت تعداد(درصد)	میانگین و انحراف معیار*
حساسیت درک شده	۱۴۷(۴۹)	۱۳۹(۴۶/۳)	۱۴(۴/۷)	۷/۶۶±۲/۸۶
شدت درک شده	۳۲(۱۰/۷)	۱۲۸(۴۲/۷)	۱۴۰(۴۶/۷)	۲۴/۹۰±۲/۱۳

* دامنه نمرات برای حساسیت درک شده ۱۵-۳ و برای شدت درک شده ۳۵-۷ بود.

مراجعه کرده بودند، اهداف مطالعه را توضیح می‌داد و در صورت تمایل پس از جلب رضایت شفاهی آنان را وارد مطالعه می‌کرد. تکمیل پرسشنامه در حضور مستقیم پرسشگر انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده، کد بندی شده و وارد نرم افزار آماری SPSS-15 گردید و به دلیل عدم توزیع نرمال داده‌های کمی براساس آزمون شاپیرو و ویلک، این داده‌ها از طریق آزمون‌های آماری من ویتنی، کروسکال وایس و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. و سطح اطمینان ۹۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

دامنه سنی افراد مورد بررسی ۶۰-۱۸ سال با میانگین و انحراف $30/3 \pm 7/3$ سال بود. از ۳۰۰ زن مورد بررسی ۱۵۶ نفر (۵۲ درصد) زیر ۳۰ سال، ۱۱۰ نفر (۳۶/۷ درصد) ۴۰-۳۰ سال و ۳۴ نفر (۱۱/۳ درصد) بالاتر از ۴۰ سال سن داشتند. ۲۹۷ نفر آنان (۹۹ درصد) متاهل، شغل اکثر آنان (۸۹ درصد) خانه‌دار و میزان تحصیلات ۶۹ درصد آنان دیپلم و بالاتر از دیپلم بود. سابقه ابتلا به سرطان پستان در افراد خانواده و اقوام نزدیک ۳۰ نفر (۱۰ درصد) بود که از این بین ۴ نفر (۱/۳ درصد) آنان در افراد درجه یک خانواده بود.

۱۳۱ نفر (۴۳/۷ درصد) تاکنون هیچ مطلبی در مورد خودآزمایی پستان نشنیده بودند. این مقدار برای معاینه بالینی توسط پزشک یا کارکنان بهداشتی و ماموگرافی به ترتیب برابر با ۲۲۲ نفر (۷۴ درصد) و ۱۴۰ نفر (۴۶/۷ درصد) بود. در بخش عملکرد، ۹۴ نفر (۳۱/۳ درصد) سابقه خودآزمایی پستان، ۳۴ نفر (۱۱/۳ درصد) سابقه معاینه بالینی توسط پزشک یا کارکنان بهداشتی و ۱۵ نفر (۵ درصد) سابقه انجام ماموگرافی را ذکر کردند که هیچ کدام از آن‌ها به‌طور مرتب و منظم نبود. در بخش آگاهی ۱۷ نفر (۵/۷ درصد) به‌زمان انجام خود-آزمایی پستان جواب درست دادند. هفت نفر (۲/۳ درصد) به زمان معاینه بالینی توسط پزشک یا کارکنان بهداشتی پاسخ درست دادند. این مقدار برای زمان انجام ماموگرافی برابر با ۱۰ نفر (۳/۳ درصد) و برای سن انجام ماموگرافی ۱۷ نفر (۵/۷ درصد) بود (جدول ۱). به عبارت دیگر در این بخش ۲۶۵ نفر (۸۸/۳ درصد) نتوانستند به هیچ یک از سئوالات فوق پاسخ صحیح بدهند.

های غربالگری در نظام مراقبت‌های شبکه بهداشتی و درمانی کشور می‌تواند موثر باشد. میزان عملکرد روش‌های فوق در ایالات متحده حتی در زنان گروه‌های اقلیتی که دسترسی کمتری به مراکز بهداشت و درمانی دارند، از نتایج مطالعات انجام شده در کشورمان بیشتر است (۱۷ و ۲۴) که این امر می‌تواند به آموزش و مداخله گسترده از طریق کانال‌های مختلف و رویتین بودن روش‌های غربالگری سرطان پستان در آن کشور مرتبط باشد. عملکرد نامطلوب در مطالعه حاضر می‌تواند ارتباط زیادی با سطح آگاهی، باور و نگرش افراد مورد بررسی داشته باشد، زیرا آگاهی و نگرش از عوامل زمینه ساز یک رفتار بهداشتی محسوب می‌شوند و می‌توانند عملکرد را تحت تاثیر قرار دهند. در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که اکثر نمونه‌های مورد بررسی هیچ آگاهی در زمینه روش‌های غربالگری سرطان پستان ندارند. همچنین فقط ۷/۴ درصد افراد زنان مورد بررسی حساسیت درک شده بالایی داشتند و خود را مستعد ابتلا به سرطان پستان می‌دانستند. حساسیت درک شده پایین اکثر آنان می‌تواند در عملکرد نامناسب آنان دخیل باشد، زیرا فرد وقتی خود را در معرض ابتلا به یک بیماری ای بداند که عواقب وخیمی در پی دارد، برای جلوگیری از آن دست به اقدامات پیشگیرانه‌ای خواهد زد.

در این مطالعه بین حساسیت درک شده و انجام خودآزمایی پستان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته با مطالعه Aydin (۲۰۰۸) همخوانی دارد (۱۶)، ولی با دیگر مطالعات انجام شده همخوانی ندارد (۲۵ و ۲۶)، زیرا انتظار می‌رود با افزایش حساسیت درک شده که فرد خود را مستعد ابتلا به سرطان می‌داند برای پیشگیری از این بیماری دست به اقداماتی، نظیر خودآزمایی پستان بزند. شاید پایین بودن سطح آگاهی اکثر افراد مورد بررسی به عنوان یک مانع عمل کرده باشد.

بین حساسیت درک شده و انجام ماموگرافی ارتباط معنی‌دار وجود داشت. این یافته با نتایج مطالعه Secginli و Nahcivan (۲۰۰۶) همخوانی دارد (۲۵).

آزمون من ویتنی نشان داد که بین حساسیت درک شده و انجام خودآزمایی پستان ارتباط معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/335$)، ولی بین شدت درک شده و انجام خودآزمایی پستان ارتباط معنی‌دار معکوسی مشاهده شد ($P<0/001$). بین سابقه انجام معاینه بالینی پستان با هیچ یک از سازه‌های فوق ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، ولی بین سابقه انجام ماموگرافی با حساسیت درک شده ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/042$). میانگین نمرات سازه شدت درک شده در افرادی که سابقه انجام ماموگرافی داشتند، اگرچه نسبت به گروه دیگر بیشتر بود، ولی این مقدار از نظر آماری معنی‌دار نبود.

بین متغیر سن و سابقه انجام روش‌های غربالگری سرطان پستان ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($r=0/184, P=0/001$)، به طوری که زنانی که سابقه روش‌های سه‌گانه غربالگری سرطان پستان را داشتند، از میانگین سنی بالاتری برخوردار بودند (جدول ۴).

جدول ۴: ارتباط بین متغیر سن و سابقه انجام روش‌های غربالگری

سرطان پستان در زنان مورد بررسی

در شهر گرگان در سال ۱۳۹۰

ارزش P	میانگین و انحراف معیار سن		خودآزمایی پستان
	سابقه دارد	سابقه ندارد	
۰/۰۰۱	۳۲/۸۷±۷/۴۸	۲۹/۸۷±۶/۹۵	معاینه بالینی پستان
۰/۰۱۸	۴۲/۲۷±۱۰/۰۲	۲۹/۹۰±۶/۹۹	ماموگرافی

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که عملکرد زنان مورد بررسی در ارتباط با روش‌های سه‌گانه غربالگری سرطان پستان در حد مطلوبی نیست. البته این یافته با دیگر مطالعات انجام شده در کشورمان همخوانی دارد. مطالعه فرشباغ خلیلی (۱۳۸۸) نشان داد که ۳/۳ درصد زنان مورد بررسی سابقه انجام ماموگرافی، ۱۹/۱ درصد سابقه معاینه کلینیکی و ۱۸/۸ درصد نیز سابقه انجام ماموگرافی را داشتند (۲۱). نتایج مشابه با یافته فوق در مطالعه احمدی و همکاران (۱۳۸۹) و مطالعه نقیبی و همکاران (۱۳۸۸) گزارش شده است (۲۲ و ۲۳). برای ارتقای رفتارهای فوق، آموزش گسترده و مداخلات مبتنی بر جامعه محسوس است. در این زمینه ادغام برنامه-

اشاره کرد، در حالی که انتظار می رود وجود افراد و اقوام درجه یک خانواده که مبتلا به سرطان پستان هستند به عنوان یک راهنما و محرک عمل کرده و ادراک فرد را در احتمال ابتلا به این بیماری افزایش دهند. به دلیل در دسترس نبودن نتایج مرتبط با عنوان تحقیق بهتر است تحقیقات مشابه و مکمل با ابزارهای یکسان انجام گیرد تا بتوان از مجموع آن ها به نتایج بهتری دست یافت. از محدودیت های این مطالعه پایین بودن احتمالی اعتماد ابزار پرسشنامه برای سنجش واقعی دیدگاه افراد مورد بررسی می توان اشاره کرد که با بدون نام بودن آن ها تا حدودی کنترل گردید. همچنین غیرتصادفی بودن نمونه ها و مطالعه زنان مراجعه کننده به دو پایگاه بهداشتی که محدوده سنی خاصی را شامل می شوند، و عدم سنجش دیگر سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی بر اساس مقیاس چمپیون، از دیگر محدودیت های این مطالعه هستند که در تعمیم نتایج می توان مدنظر قرار داد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که آگاهی و عملکرد زنان مورد بررسی نسبت به روش های غربالگری سرطان پستان پایین است. اگرچه میزان شدت درک شده نسبت به سرطان پستان در زنان مورد بررسی بالا بود، ولی حساسیت درک شده آنان در این زمینه پایین بود. انجام مداخلات گسترده برای افزایش آگاهی و حساسیت درک شده آنان به منظور دستیابی به عملکرد مناسب و مطلوب در زمینه غربالگری سرطان پستان محسوس است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله نهایت تقدیر و تشکر خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی (حاصل طرح پژوهشی با کد ۶۶۰/۳۵ پ گ، مصوب در تاریخ ۹۰/۳/۲۹) و همچنین مدیریت مرکز بهداشت شهرستان گرگان و کارکنان محترم پایگاه های بهداشتی ۶ و ۱۲ به جهت همکاری صمیمانه در انجام این مطالعه، اعلام می دارند.

در مطالعه Canbulat (۲۰۰۸) نیز با افزایش حساسیت درک شده زنان انجام خودآزمایی پستان و ماموگرافی افزایش پیدا کرد (۱۸).

حدود نصف زنان مورد بررسی شدت درک شده مناسبی در زمینه سرطان پستان داشتند که بالا بودن شدت درک شده نسبت به حساسیت درک شده در مطالعات دیگر مورد تایید قرار گرفته است و پژوهشگران این طور استنباط می کنند که گرچه زنان سرطان پستان را یک بیماری جدی و کشنده ای تلقی می کنند که از نظر جسمی، روانی و اجتماعی زندگی فرد را تحت تاثیر قرار خواهد داد، ولی از طرفی خود را کمتر مستعد ابتلا به این بیماری می دانند که این امر باعث کاهش حساسیت درک شده آنان می شود (۱۳ و ۱۷ و ۲۷).

در این مطالعه بین متغیرهای سن با عملکرد ارتباط معنی داری مشاهده شد؛ یعنی زنانی که سابقه انجام روش های غربالگری داشتند از سن بالاتری بودند. این یافته دور از انتظار نیست، زیرا بین بروز این بیماری و سن ارتباط مستقیمی وجود دارد و با افزایش سن، زنان به احتمال بیشتری در معرض انجام این روش ها قرار می گیرند. این یافته با نتایج مطالعه Wu و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی دارد (۱۷)، ولی با دیگر مطالعات انجام شده مغایرت دارد (۲۵ و ۲۶)، زیرا در مطالعات آنان زنان جوان و تحصیل کرده عملکرد بهتری برای انجام خودآزمایی پستان نشان دادند. در این مطالعه ارتباطی بین سطح تحصیلات با متغیرهای حساسیت و شدت درک شده وجود نداشت. البته این یافته را می توان به پایین بودن کلی سطح آگاهی زنان مورد بررسی در زمینه سرطان پستان ارتباط داد. همچنین به نظر می رسد زنان خود را کمتر مستعد ابتلا به این بیماری می دانند، ولی از طرفی دیگر این بیماری را یک بیماری مهلک، شدید و کشنده قبول دارند، کما اینکه یافته ها برای میانگین نمرات دو سازه فوق نیز این امر را تایید می کنند.

از دیگر نتایج این مطالعه عدم ارتباط بین متغیر سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری و حساسیت و شدت درک شده

References

1. American Cancer Society. The breast cancer resource center. Available at: <http://www.cancer.org/cancerinfo/load>. Accessed February 2004;8.

2. Anderson BO. Breast healthcare and cancer control in limited-resource countries: a framework for change. *Nature Clinical Practice Oncology*. 2006;3:4-5.

3. Parkin M, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, *CA Cancer J Clin*. 2005; 55:74-108.
4. Incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CancerBase. Lyon, France, IARC Press, 2004; 5:2. (<http://www-dep.iarc.fr>)
5. Breast cancer and screening. Geneva, World (Health Organization <http://www.emro.who.int/ncd/publications/breastcancerscreening.pdf>, accessed 1 April 2005).
6. Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A, Momtahan AJ. Breast cancer in Iran: results of a multi-center study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2004;5(1):24-7.
7. Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, et al. Breast cancer in Iran: a review of 903 case records. *Public Health*. 2000;114:143-5.
8. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *Breast J* 2007;13(4):383-91.
9. Fentiman IS. Fixed and modifiable risk factors for breast cancer. *Int J Clin Pract*. 2001;55(8):527-30.
10. Montazeri A. Delayed presentation in breast cancer: A study in Iranian Woman. *Women Health*. 2003;3:4. [Persian]
11. Abedian K, Shah Hosseini Z, Adeli M. Survey of health beliefs of women about performing mammography in the health service centers of Sari. *J Mazandaran Uni Med Sci*. 2006;16(54):90-8. [Article in Persian]
12. Gozem S, Aydn I. Validation evidence for Turkish adaptation of Champions Health Belief Model Scale. *Cancer Nursing*. 2004;27(6):491-8.
13. Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*. 1993;42(3):139-43.
14. Wu TY, Yu MY. Reliability and validity of beliefs questionnaire among Chinese American women. *Cancer Nurs*. 2003;26(2):131-42.
15. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *Adv Nurs Sci*. 1984;6:73-85.
16. Aydin IA. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. *Eur J Oncol Nurs*. 2008; 12: 127-33.
17. Wu TY, Brady West MA, Chen YW, et al. Health beliefs and practices related to breast cancer screening in Filipino, Chinese and Asian- Indian women. *Cancer Detect Prev*. 2006;30:58-66.
18. Canbulat N, Uzun O. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12:148-56.
19. KhaleghNejad Tabari N, KhaleghNejad Tabari A. The Assessment of Knowledge, Attitude and Behavior Towards Breast Cancer Screening Methods Among Female Teachers in Tehran. *Iranian Surg J*. 2008;16(1):1-9. [Article in Persian]
20. Teymoori P, Berry T. Validity and reliability of Champions Health Belief Model for breast cancer screening behaviors among Iranian women. *Cancer Nurs*. 2009;32(6):465-72. [Article in Persian]
21. Farshbaf Khalili A, Shahnazi M, Ghahvechi A, et al. Performance conditions of breast cancer screening methods and its efficient factors among women referring to health centers of Tabriz. *Iranian J Nurs Res*. 2009;4(12-13): 27-38. [Article in Persian]
22. Soltan Ahmadi Z, AbbasZadeh A, Targari B. A Survey on the Rate and Causes of Women's Participation or Nonparticipation in Breast and Cervical Cancers Screening Programs. *The Iranian J Obstet, Gynecol Infert*. 2010;13(3):37-46. [Article in Persian]
23. Naghibi S, Vahid Shahi K, Yazdani J, et al. Knowledge, attitude and practice female rural health worker about self breast examination in Makoo City. *J School Public Health And Instit Public Health Res*. 2009;7(2):61-8. [Article in Persian]
24. Champion VL, Springston J, Zollinger TW, et al. Comparison of three interventions to increase mammography screening in low income African American women. *Cancer Detect Prev*. 2006;30:535-44.
25. Secginli S, Nahcivan N. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2006;43:161-71.
26. Petro-Nustas W, Mikhail BI. Factors associated with breast self-examination among Jordanian women. *Public Health Nurs*. 2002;19(4):263-70.
27. Fung SY. Factors Associated with breast self-examination behavior among Chinese women in Hong Kong. *Patient Edu Couns*. 1998;33:224-33.

Original Paper

Knowledge, Practice and Perceived Threat toward Breast Cancer in the Women living in Gorgan, Iran

Araz Berdi Ghourchaei(MD)¹, Abdolrahman Charkazi(PhD)^{2*}, Atena RazzaqNejad(BSc)³

1-Associate Professor in Anesthesiology, Department of Anesthesiology, School of Medicine, Golestan University of Medical Sciences. 2- PhD in Health Education, School of Health, Department of Public Health, Golestan University of Medical Sciences. 3- Bsc in Public Health, Golestan University of Medical Sciences

Abstract

Background and Objective: Breast cancer is the most frequent cancer among women worldwide. The objective of the current study was to assess the breast cancer screening behaviors adherence rate and its relation with perceived susceptibility and perceived severity in Gorgan, Iran.

Material and Methods: In a cross sectional study, 300 women referring to two health centers were selected through cluster sampling. Data gathering instrument was a questionnaire including demographic, knowledge and practice questions related to breast cancer screening behaviors. Perceived susceptibility and perceived severity measured by Champion's Health Belief Model Scale.

Results: The subjects are 18 to 60 years (30.3 ± 7.3). In knowledge part, 88.3% could not answer any question. In practice section, they have breast self examination (33%), clinical breast examination (11.3%) and mammography (5%) in their past history. Four-point-seven percent have high level of susceptibility and 46.7% high level of severity. Higher susceptibility was significantly associated with mammography ($p=0.042$) performance and not associated with breast self examination and clinical breast examination.

Conclusion: The participant's knowledge about breast cancer screening was inappropriate. Meanwhile, the majority of them have low level of perceived susceptibility. It is a necessity to improve the knowledge and perceived susceptibility for enhancing the breast cancer screening behaviors.

Keywords: Breast cancer, Screening behaviors, Perceived threat, Perceived susceptibility, Perceived severity, Knowledge, Practice

* **Corresponding Author:** Abdolrahman Charkazi(PhD), **Email:** rcharkazi@yahoo.com

Received 12 Sep 2012

Revised 6 Des 2012

Accepted 20 Jan 2013