

ارتباط بین سواد سلامت و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی رشتخوار ۱۳۹۳

نوشین پیمان: گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
محمد امانی*: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
حبیب الله اسماعیلی: گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

مقدمه: سواد سلامت را می‌توان به صورت توانایی خواندن، درک کردن و عمل کردن بر اساس توصیه‌های بهداشتی و سلامتی تعریف کرد. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، اصلی‌ترین علت یک رفتار را، قصد برای انجام آن رفتار می‌داند. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سواد سلامت و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان در زنان روستایی رشتخوار انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی بر روی ۲۵۰ نفر از زنان ۳۵ ساله و بالاتر تحت پوشش مراکز روستایی رشتخوار انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان (TOFHLA) بود. که توسط زنان تکمیل شد. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS ۱۶ و آمار توصیفی و آزمون‌های همبستگی اسپیرمن، کروسکال-والیس و رگرسیون خطی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $39/6 \pm 4/84$ بود. آزمون کروسکال-والیس نشان داد بین سواد سلامت و انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان ارتباط معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). همچنین بر اساس ضریب همبستگی اسپیرمن، بین سواد سلامت و هنجارهای انتزاعی ($p < 0/001, r = 0/49$) و همچنین بین نگرش و سواد سلامت ($p < 0/001, r = 0/40$) ارتباط معناداری وجود داشت. بر اساس نتایج رگرسیون خطی، سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده توانستند ۴۰٪ از واریانس رفتار را پیش‌بینی نمایند.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده می‌تواند به عنوان چهارچوب مناسبی برای طراحی و اجرای مداخلات سرطان پستان و سواد سلامت بکار رود.

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، سرطان پستان، غربالگری، زنان.

* نشانی نویسنده پاسخگو: مشهد، خیابان دانشگاه، مشهد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، محمد امانی.
نشانی الکترونیک: amanim1@mums.ac.ir

مقدمه

محدود، درک بیماران از اطلاعات نوشتاری و شفاهی در رابطه با توصیه‌های غربالگری سرطان پستان و چگونگی انجام آن را کاهش می‌دهد. به خصوص، در موضوعات نوشتاری، زیرا این مطالب برای افرادی که دارای سطح تحصیلات در حد کلاس ۱۱-۱۰ می‌باشند، مناسب است (۹، ۱۰). بعلاوه، میزان پایین غربالگری سرطان با سواد سلامت پایین، دانش کم در مورد سرطان، نگرش منفی نسبت به غربالگری سرطان و خودکارآمدی پایین در این خصوص مرتبط است (۱۱). و در افراد با سواد سلامت ناکافی و مرزی احتمال بیشتری وجود دارد که ماموگرافی کمتری انجام دهند (۱۲). در همین راستا، نتایج مطالعه با عنوان "سواد سلامت و آرایه اطلاعات به زنان مبتلا به سرطان پستان" نشان داد که ۱۹٪ از افراد شرکت کننده در مطالعه، دارای سواد سلامت ناکافی بودند و پیشنهاد نمود که برای آموزش بیماران، از مواد آموزشی متناسب با سطح سواد سلامت افراد، استفاده شود (۱۳). همچنین نتایج مطالعه نشان داد که افراد نجات یافته از سرطان پستان با سواد سلامت کافی، دارای سطح بالاتری از خودکارآمدی در پایبندی به درمان مناسب بودند (۱۴). بعلاوه، نتایج نشان داد بین سواد سلامت پایین و میزان کم غربالگری سرطان در بین زنان چینی آمریکایی در ایالت کالیفرنیا آمریکا ارتباط معناداری وجود داشت (۱۵) و پیشنهاد کردند، برای آموزش زنان مبتلا به سرطان پستان با سواد سلامت پایین از مواد آموزشی متناسب با سطح سواد سلامت آنان و تئوری‌ها و اصول آموزشی مناسب برای آموزش بزرگسالان استفاده گردد (۱۶).

از طرفی، سواد سلامت، میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است. که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم است (۱۷). یک بررسی ملی که در سطح گسترده‌ای در کشور آمریکا انجام شد، شیوع سواد سلامت ناکافی را ۴۸٪ برآورد کرد. در این مطالعه تنها ۱۱٪ بزرگسالان از سواد سلامت کافی برخوردار بودند (۱۸). همچنین، نتایج یک مطالعه در ایران نیز نشان داد که ۲۸٪ از افراد مورد مطالعه سواد سلامتی در حد کافی، ۱۵٪ سواد سلامت مرزی و ۵۶٪ سواد سلامتی ناکافی داشتند (۱۹). مطالعات نشان می‌دهند، یکی از مسایل مهم در ارتقا آگاهی و رفتارهای غربالگری سرطان پستان، آموزش است (۲۰، ۲۱).

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین زنان است. به طوری که سن و جنس زن، دو عامل اصلی خطر در این بیماری هستند. که شیوع آن بعد از ۳۵ سالگی بیشتر شده و بعد از سن ۸۰ سالگی به یک میزان ثابت می‌رسد (۱). در کشورهای توسعه یافته، از هر ۹ زن، یک نفر به این سرطان مبتلا می‌شود (۲). سالانه، ۱/۲ میلیون مورد جدید سرطان پستان در دنیا تشخیص داده می‌شود و بالغ بر ۵۰۰۰۰۰ مرگ در اثر این بیماری اتفاق می‌افتد. این بیماری در کشورهای اروپایی، یکی از علت‌های عمده مرگ و میر زنان در فاصله سنی ۳۵ تا ۶۴ است. همچنین، میزان بروز سرطان پستان در زنان ایرانی ۲۲ در ۱۰۰ هزار نفر و میزان شیوع آن ۱۲۰ در هر ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد و این بیماری، یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها و دومین علت مرگ از سرطان در بین زنان ایرانی است (۱). انجمن سرطان آمریکا دستورالعمل‌های خودآزمایی پستان، معاینات کلینیکی پستان و ماموگرافی را برای تشخیص زودرس سرطان پستان در زنان فاقد علامت، توصیه کرده است (۴). از طرفی نتایج یک مطالعه نشان داد که تنها ۲۷/۱٪ از افراد گروه پرخطر ماموگرافی منظم و سالانه داشته‌اند (۵) و ۲۶/۶٪ از زنان انجام ماموگرافی و ۱۰/۷٪ انجام معاینات کلینیکی پستان را گزارش کرده‌اند (۶). در همین راستا، نتایج نشان داد که اکثر زنان قادر به انجام صحیح خودآزمایی پستان نیستند (۱). همچنین، نتایج نشان داد بین سواد سلامت ناکافی و میزان پایین غربالگری سرطان ارتباط معناداری وجود دارد (۷). در همین راستا، نتایج یک مطالعه نشان داد افراد دارای سواد سلامت پایین، با مفاهیم سلامتی کمتر آشنا بوده و این مسئله، درک افراد درباره لزوم انجام غربالگری سرطان و مزایای آن را محدود می‌کند. به عنوان مثال افراد شرکت کننده در یک بحث گروهی متمرکز، تصور می‌کردند، اگر پستان‌های آنها خوب به نظر برسد، و هیچ‌گونه علامتی نداشته باشد دیگر نیازی به انجام آزمون‌های غربالگری نیست (۸). همچنین، زنان با سواد سلامت ناکافی در مقایسه با زنان دارای سواد سلامت کافی و مرزی، به طور قابل توجهی، نگرش منفی‌تری نسبت به انجام ماموگرافی داشتند و این افراد انجام ماموگرافی را، شرم‌آور، مضر یا دردناک می‌دانستند و تصور می‌کردند، انجام ماموگرافی، برای آنان مشکل است (۸). همچنین، سواد سلامت

پوشش مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان رشتخوار انتخاب شده بودند، انجام شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف و ماهیت مطالعه برای افراد توضیح داده شد. قبل از تکمیل پرسشنامه، فرم رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در مطالعه، توسط آنان تکمیل گردید. همچنین، در تمام مراحل کار، یک نفر مامای آموزش دیده، کار جمع‌آوری و ثبت فرم‌های مربوطه را به عهده داشت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل افراد جهت شرکت در مطالعه، داشتن حداقل ۳۵ سال، ایرانی بودن و ساکن مناطق روستایی شهرستان رشتخوار بود و معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: سن زیر ۳۵ سال، ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی، داشتن سابقه ابتلا به مشکلات و بیماری‌های پستانی، سابقه ابتلا به سرطان پستان در خودش یا یک نفر از بستگان درجه ۱ و عدم رضایت جهت تکمیل پرسشنامه. نمونه‌ای به حجم ۲۵۰ نفر با اطمینان ۹۵٪ و توان ۹۰٪ با استفاده از مطالعه مشابه تعیین شد (۲۴). شیوه نمونه‌گیری در این مطالعه، به صورت تصادفی چند مرحله‌ای (طبقه‌ای - خوشه‌ای) بود به این ترتیب که، در مرحله اول ۷ مرکز بهداشتی درمانی روستایی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان رشتخوار به عنوان طبقات در نظر گرفته شدند. و در مرحله بعد، از خانه‌های بهداشت تحت پوشش این مراکز به روش تصادفی ساده ۱۴ خانه بهداشت انتخاب و نمونه‌ها به نسبت افراد تحت پوشش هر خانه بهداشت به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند.

روش تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت مصاحبه فردی و با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان^۱ که یکی از مهم‌ترین و معتبرترین پرسشنامه‌ها در سطح جهان است، انجام شد. روایی و پایایی این ابزار علاوه بر مطالعه بنی‌هاشمی و همکاران در جمعیت حاضر نیز تعیین شده است. بدین ترتیب که، پرسشنامه تنظیم و جهت بررسی و اصلاح در اختیار ۱۵ نفر از اساتید، کارشناسان و صاحب‌نظران آموزش بهداشت قرار گرفت. تمام آنها نظرات خود را ارسال کردند و نظرات ایشان به صورت کامل در تدوین و بومی‌سازی پرسشنامه لحاظ گردید (۱۹). پرسشنامه فوق شامل ۲ بخش محاسباتی و درک خواندن است. ۵۰ پرسش بخش درک

از طرفی، در بسیاری از مطالعات مطرح شده است که آموزش بهداشت بدون برنامه، کوششی بیهوده یا کم اثر خواهد بود و انتخاب یک مدل آموزشی، منجر به شروع برنامه و ادامه آن در مسیر صحیح می‌شود. هر چقدر پشتوانه تئوریک مناسبی برای نیازهای بهداشتی وجود داشته باشد، اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت بیشتر خواهد بود (۲۲، ۲۳).

در همین راستا، با توجه به روند رو به رشد سرطان پستان در ایران و مراجعه بسیاری از مبتلایان در مراحل پیشرفته سرطان پستان، ضرورت تامل و پرداختن به این مشکل از طریق مداخله آموزشی بر اساس الگوهای مناسب ارتقا رفتارهای منجر به تشخیص زودهنگام سرطان پستان در جهت کاهش مرگ و میر ناشی از آن، مهم است. یکی از تئوری‌های کاربردی در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده است که در مطالعات زیادی از جمله آموزش رفتارهای سالم، تنظیم خانواده، سرطان پستان، دهانه رحم و فعالیت بدنی با موفقیت مورد استفاده قرار گرفته است. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، به عوامل اجتماعی و انگیزه تبعیت از افراد مهم، توجه داشته و به همین جهت مطالعات متعدد آن را عاملی مهم، در پذیرش رفتارهای مطلوب مثل خودآزمایی پستان می‌دانند. آرمیتاژ و همکاران بعد از بررسی سایر مدل‌ها و تئوری‌ها، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده را مناسب‌ترین و کامل‌ترین نظریه مطالعه رفتار شناختند. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده توسط آجزن و فیش بین در سال ۱۹۸۰ ابداع شد. که قصد، اصلی‌ترین تعیین کننده رفتار است که تحت تاثیر سه سازه مستقل نگرش فرد نسبت به رفتار، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری درک شده است (۱).

با توجه به این که، تاکنون، در ایران مطالعه‌ای در این خصوص انجام نشده است، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین سواد سلامت و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان در زنان ۳۵ ساله و بالاتر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی روستایی رشتخوار در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- مقطعی، در سال ۱۳۹۳ بر روی ۲۵۰ نفر از زنان ۳۵ سال و بالاتر، که از جمعیت تحت

¹ Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)

مدل خطی عمومی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین از آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌های پیوسته استفاده شد و میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بخش اول: یافته‌های مربوط به روایی و پایایی

پرسشنامه‌ها

شاخص روایی اعتبار محتوا در این مطالعه برای پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان، برای بخش درک خواندن ۰/۹۰ و بخش محاسبات ۰/۹۵ و شاخص نسبت اعتبار محتوا درک خواندن ۰/۹۱ و بخش محاسبات ۰/۹۳ محاسبه شد. جهت تعیین پایایی درونی پرسشنامه نیز مطالعه‌ای مقدماتی بر روی ۵۰ نفر انجام گردید. و دامنه آلفا کرونباخ برای درک خواندن ۰/۸۹ و بخش محاسبات ۰/۹ محاسبه گردید. همچنین، جهت بررسی پایایی بیرونی پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون بین بار اول و دوم برای درک خواندن ۰/۹۶ و بخش محاسبات ۰/۹۰ بود. شاخص روایی محتوا در این مطالعه، برای سازه آگاهی ۰/۹۵، نگرش ۰/۸۵، هنجار انتزاعی ۰/۸۲، کنترل رفتاری درک شده ۰/۸۷، قصد ۰/۸۹، رفتار ۰/۸۰ و شاخص نسبت اعتبار محتوا سازه‌های آگاهی ۰/۹۰، نگرش ۰/۸۸، هنجار انتزاعی ۰/۸۰، کنترل رفتاری درک شده ۰/۸۵، قصد ۰/۸۳ و رفتار ۰/۹۵ محاسبه شد. جهت تعیین پایایی درونی پرسشنامه نیز مطالعه‌ای مقدماتی بر روی ۵۰ نفر انجام گردید. و دامنه آلفای کرونباخ برای سازه‌های آگاهی ۰/۸۴، نگرش ۰/۸۵، هنجار انتزاعی ۰/۸۱، کنترل رفتاری درک شده ۰/۸۲، قصد ۰/۸۲ و رفتار ۰/۸۴ محاسبه گردید. همچنین جهت بررسی پایایی بیرونی پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شد. ضریب همبستگی اسپیرمن بین بار اول و دوم برای سازه‌های آگاهی ۰/۸۷، نگرش ۰/۷۷، هنجار انتزاعی ۰/۹۲، کنترل رفتاری درک شده ۰/۹۴، قصد ۰/۹۱ و رفتار ۰/۸۹ بود.

بخش دوم: یافته‌های مربوط به اهداف پژوهش

در مطالعه حاضر ۸۲/۸٪ افراد دارای سواد سلامت ناکافی، ۶٪ دارای سواد سلامت مرزی و ۱۱/۲٪ دارای سواد سلامت کافی بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۹/۶±۴/۸۴ بود. میانگین نمره آگاهی افراد مورد مطالعه

خواندن هر یک دارای ۱ امتیاز و در مجموع، ۵۰ امتیاز بودند و امتیاز، ۱۷ پرسش بخش محاسبات، نیز با اعمال ضریب به ۵۰ رسانده شده (با ضرب کردن امتیاز هر پرسش در عدد ۲/۹۴۱) و در کل، امتیاز پرسشنامه از ۱۰۰ محاسبه شد. براساس نقاط جداسازی ۵۹ و ۷۴، سواد سلامت افراد در سه سطح ناکافی، مرزی و کافی طبقه‌بندی شد که طراحان ابزار، این نقاط مذکور را برای سطح‌بندی پیشنهاد کرده بودند. بخش محاسبات شامل یک سری توضیحات در زمینه داروهای تجویز شده، وقت ویزیت، مراحل گرفتن کمک مالی و یک مثال از نتیجه یک آزمایش طبی است. بعد از تحویل این توضیحات در قالب کارت‌هایی به هر فرد، از وی ۱۷ سوال پرسیده می‌شد. بخش درک خواندن، توانایی بیمار را در خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت سلامت، مورد امتحان قرار می‌داد و شامل ۵۰ سوال بود. که متون شامل، دستورات آمادگی برای عکس‌برداری از دستگاه گوارش فوقانی، بخش حقوق و مسؤلیت‌های بیمار در فرم‌های بیمه‌نامه و یک فرم استاندارد رضایت‌نامه بیمارستانی بود. پرسشنامه بعدی، پرسشنامه محقق ساخته و مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود. علی‌رغم وجود پرسشنامه‌های مشابه در این خصوص، به علت این که این پرسشنامه‌ها به طور هم‌زمان تمام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان را مورد ارزیابی قرار نمی‌دادند، محققین تصمیم گرفتند که بر اساس اهداف پژوهش و هم‌پوشانی کلیه آزمون‌های غربالگری سرطان پستان با مطالعه کتب و مقالات مشابه و جمع‌بندی تم‌های حاصل، پرسشنامه را تنظیم نمایند. که شامل ۶۳ سوال (۱۲ سوال مربوط به متغیرهای دموگرافیک، ۱۵ سوال آگاهی، ۹ سوال نگرش، ۱۰ سوال هنجارهای انتزاعی، ۵ سوال کنترل رفتاری درک شده، ۹ سوال قصد رفتاری و ۳ سوال رفتار) می‌باشد.

روایی محتوا و صوری این پرسشنامه با استفاده از نظر ۱۱ متخصص تأیید شد. بدین ترتیب که، پرسشنامه تنظیم و جهت بررسی و اصلاح در اختیار ۱۱ نفر از اساتید، کارشناسان و صاحب‌نظران آموزش بهداشت، متخصص زنان، بهداشت باروری و مامایی قرار گرفت که تمام آنها نظرات خود را ارسال کردند و نظرات ایشان به صورت کامل در تدوین پرسشنامه لحاظ گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری همبستگی اسپیرمن، کروسکال والیس، رگرسیون خطی،

شماره ۱ ارایه شده است. شماره ۶/۱۷±۲/۵۶ محاسبه شد. سایر اطلاعات فردی در جدول

جدول ۱: ارتباط متغیرهای دموگرافیک با انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان در زنان مورد مطالعه

ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان مورد مطالعه	آزمون غربالگری		
	-	+	
سطح تحصیلات	۱۲	۱	خواندن و نوشتن
	۱۹۱	۱۲	دوره ابتدایی
	۲	۱۴	دوره راهنمایی
	۱	۱۷	دبیرستان و بالاتر
	۲۰۶	۴۴	کل
وضعیت شغلی	۸	۴	کارگر
	۰/۸	۲	کارمند
	۱۹۸	۴۰	خانه‌دار
	۲۰۶	۴۴	کل
وضعیت تاهل	۲۰۰	۴۰	متاهل
	۱	۱	مجرد
	۰	۱	جدا شده از همسر
	۵	۲	بیوه
	۲۰۶	۴۴	کل
سطح درآمد	۵۷	۱۲	کمتر از ۳۰۰۰۰۰ تومان
	۸۷	۲۰	۵۰۰۰۰۰-۳۰۰۰۰۰ تومان
	۳۲	۸	۸۰۰۰۰۰-۵۰۰۰۰۰ تومان
	۳۰	۴	بیشتر از ۸۰۰۰۰۰ تومان
	۲۰۶	۴۴	کل
سواد سلامت عملکردی بزرگسالان	۱۹۴	۱۳	سواد سلامت ناکافی
	۱۲	۳	سواد سلامت مرزی
	۰	۲۸	سواد سلامت کافی
	۲۰۶	۴۴	کل
سن (سال)	۱۲۶	۲۵	۳۵-۳۹
	۴۴	۱۵	۴۰-۴۴
	۲۷	۳	۴۵-۴۹
	۱	۰	۵۰-۵۴
	۸	۱	۵۵-۵۹
	۲۰۶	۴۴	کل

سلامت ($\chi^2=0/45, p=0/001$) همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج آزمون کروسکال-والیس نشان داد

نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد بین سواد سلامت و سن ($\chi^2=-0/23, p=0/02$) و آگاهی و سواد

جدول شماره ۳ نشان داده شده است. جهت تعیین تاثیر سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر پیش‌بینی کنندگی انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان (رفتار) زنان مورد پژوهش از مدل رگرسیون خطی به روش همزمان استفاده گردید. که نتایج در جدول شماره ۴ آمده است.

بین تحصیلات و سواد سلامت ارتباط آماری معناداری وجود دارد ($\chi^2 = 100/29, p = /001$). در جدول شماره ۲، همبستگی بین رفتار، سواد سلامت و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر اساس ضریب همبستگی اسپیرمن گزارش گردیده است. میانگین و انحراف معیار نمره سازه‌های مورد مطالعه و درصد نمره اکتسابی در

جدول (۲): همبستگی بین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و سواد سلامت

متغیر	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	(۵)	(۶)	(۷)
(۱) آگاهی	۱						
(۲) نگرش	**۰/۴۶	۱					
(۳) هنجارهای انتزاعی	**۰/۵۷	**۰/۴۵	۱				
(۴) کنترل رفتاری درک شده	*۰/۱۶	**۰/۲۲	**۰/۲۰	۱			
(۵) قصد رفتاری	**۰/۶۹	**۰/۵۲	**۰/۷۵	**۰/۳۱	۱		
(۶) رفتار	**۰/۵۶	**۰/۵۴	**۰/۵۱	**۰/۳۰	**۰/۶۱	۱	
(۷) سواد سلامت عملکردی بزرگسالان	**۰/۴۰	**۰/۴۳	**۰/۴۹	**۰/۶۵	**۰/۵۸	**۰/۴۷	۱

P-value: * $\leq 0/05$, ** $\leq 0/01$

جدول ۳: میانگین نمره سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و سواد سلامت در زنان مورد مطالعه

متغیر	انحراف معیار \pm	میانگین	حداقل	حداکثر	درصد نمره اکتسابی
سواد سلامت عملکردی بزرگسالان	۵۸/۷۸ \pm ۹/۵۵	۲۶	۸۵	۵۸/۷۸	
بخش درک خواندن سواد سلامت عملکردی بزرگسالان	۳۰/۰۸ \pm ۷/۱۳	۶	۵۰	۶۰/۱۶	
بخش محاسبات سواد سلامت عملکردی بزرگسالان	۲۸/۴۶ \pm ۵/۵۹	۱۵	۴۷	۵۶/۹۲	
آگاهی	۶/۱۷ \pm ۲/۵۶	۳	۱۵	۴۱/۱۳	
نگرش	۳۵/۹۷ \pm ۱۱/۴۱	۱۰	۴۵	۷۹/۹۳	
هنجار انتزاعی	۳۲/۸۵ \pm ۱۵/۹۶	۱۴	۵۰	۶۵/۷	
کنترل رفتاری درک شده	۱۶/۹۹ \pm ۵/۸۶	۷	۲۵	۶۷/۹۶	
قصد رفتاری	۲۸/۲۹ \pm ۱۷/۷۸	۹	۴۵	۶۲/۸۶	
رفتار	۴/۷۷ \pm ۲/۵۲	۰	۹	۵۳	

سازه‌های قصد، هنجار انتزاعی، نگرش و کنترل رفتاری درک شده، انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان را در مدل پیشگویی کردند و در این میان نقش قصد رفتاری بیشتر بود.

بر اساس جدول ۴، شاخص آنالیز رگرسیون خطی نشان داد که در مجموع ۴۰٪ از پراکندگی مشاهده شده در رفتار انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان توسط متغیرهای فوق قابل توجیه می‌باشد و در این مدل

جدول ۴: نتایج رگرسیون خطی به روش هم‌زمان در تأثیر سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر رفتار

متغیرهای مستقل	استاندارد Beta	P-value	ضریب تعیین (R ²)
قصد رفتاری	۰/۲۶	۰/۰۰۶	
هنجار انتزاعی	۰/۲۱۸	۰/۰۱	۰/۴۰
نگرش	۰/۲۰	۰/۰۰۱	
کنترل رفتاری درک شده	۰/۱۴	۰/۰۰۵	

بحث

سرطان پستان و آزمون‌های غربالگری آن دارند که با نتایج مطالعه نانس موریس (۲۰۱۳) و همکاران (۲۷) همسو بود که دوباره بر نقش و اهمیت ارتقا سطح آگاهی زنان در این خصوص تأکید می‌کند.

در مطالعه حاضر، پرسنل ارایه‌دهنده خدمت در مراکز بهداشتی درمانی بیشترین منبع اطلاعاتی شرکت کنندگان (۶۴/۳۰) در ارتباط با بیماری و روش‌های غربالگری بودند در مطالعه واحدیان شاهرودی و همکاران (۱۳۹۱) پزشک و کارکنان بهداشتی درمانی، بیشترین منبع اطلاعاتی شرکت کنندگان (۸۴/۴) بودند (۲). واحدیان شاهرودی به نقل از نوری‌زاده و همکاران گزارش داد، پزشک و کارکنان بهداشتی-درمانی و پوست‌های بهداشتی، بیشترین منبع اطلاعاتی شرکت کنندگان (۳۵/۶) بودند (۲). ولی با نتایج مطالعه آیرم (۲۰۰۷) که تلویزیون (۶۴/۴)، دوستان (۲۸/۴) و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی (۲۲/۶) مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات بودند، تفاوت داشت.

یافته‌های این مطالعه از کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده برای انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان حمایت می‌کند به طوری که سازه‌های (قصد، نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجارهای ذهنی) ۴۰٪ از پراکندگی مشاهده شده در رفتار را توجیه می‌کنند. که با نتایج مطالعه روتر (۱۱) و دروسارت و همکاران (۲۸) همسو بود. بر اساس یافته‌های این مطالعه، قصد، مهم‌ترین پیش‌بینی کننده رفتار انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان بود که با نتایج مطالعه هاتف‌نیا و همکاران همسو بود (۱). در مطالعه پیمان و همکاران در زمینه نحوه کاربرد روش‌های پیشگیری از حاملگی ناخواسته که با استفاده از این مدل انجام شده بود، نیز قصد رفتاری بالاترین قدرت پیش‌گویی کنندگی را در بین سازه‌های مدل دارا بود (۲۹). در همین راستا هنجار ذهنی

سواد سلامت را می‌توان به صورت توانایی خواندن، درک کردن و عمل کردن بر اساس توصیه‌های بهداشتی و سلامتی تعریف نمود. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، اصلی‌ترین علت یک رفتار را، قصد برای انجام آن رفتار می‌داند این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین سواد سلامت و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان در زنان ۳۵ سال و بالاتر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی روستایی شهرستان رشت‌خوار در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

نتایج این مطالعه از نظر سطح سواد سلامت زنان با نتایج مطالعه طهرانی و همکاران (۱۳۸۶) (۱۹) و مطالعه مهنوش رئیسی و همکاران (۱۳۹۰) (۲۵) همسو می‌باشد. که نشان‌دهنده سواد سلامت پایین در اقشار آسیب‌پذیر جامعه از جمله زنان روستایی و سالمندان می‌باشد. در همین راستا، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد بین سطح تحصیلات، سن و سواد سلامت همبستگی معناداری داری وجود دارد به طوری که سواد سلامت ناکافی، در سنین بالاتر و میزان تحصیلات کمتر شایع‌تر بود. که با نتایج مطالعه مهنوش رئیسی و طهرانی همسو بود (۱۹، ۲۵). که این موضع نشان‌دهنده اهمیت سطح تحصیلات در ارتقا سواد سلامت به خصوص در بین زنان می‌باشد. بعلاوه بین سواد سلامت و انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان ارتباط معناداری وجود داشت. و احتمال عدم انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان توسط زنانی با سواد سلامت ناکافی، بیشتر بود که با نتایج مطالعه جولی آرمین (۲۰۱۳) (۲۶) و مطالعه مروری کتز و همکاران (۲۰۱۴) (۷) همسو بود. که این مسئله اهمیت و جایگاه سواد سلامت در انجام به موقع و بهتر آزمون‌های غربالگری را نشان می‌دهد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد زنان دارای سواد سلامت ناکافی آگاهی کمتری نسبت به

حاضر این بود که این مطالعه فقط بر روی زنان روستایی انجام شده است که پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در جمعیت شهری نیز انجام گیرد. در همین راستا یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه شیوه جمع‌آوری داده‌های به صورت خودگزارشی بود که پژوهشگر باید به گزارشات ارایه شده توسط نمونه‌های پژوهش اعتماد نماید و پژوهشگران برای دقت بیشتر در پاسخگویی سعی کردند نمونه‌های پژوهش را در جهت دادن اطلاعات صحیح و دقیق و اهمیت آن توجیه نماید.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نقش سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده را در ارتقای انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان و سواد سلامت تأیید می‌کند، لذا توجه ویژه به سواد سلامت زنان و استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان می‌تواند به عنوان یک اصل در امر آموزش مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محقق است که با شماره (۹۲۲۸۸۸) در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به ثبت رسیده است. بدین وسیله از همکاری شرکت کنندگان در مطالعه و تمامی عزیزانی که ما را در اجرای این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

پیش‌بینی کننده انجام برنامه‌های غربالگری سرطان بود که با نتایج مطالعه آلن (۳۰) و گودین (۳۱) و ریمر (۳۲) (که توصیه‌های پزشک را مهم‌ترین عامل در افزایش ماموگرافی بیان نموده است)، همسو بود. بعلاوه تولما در مطالعه‌ای کیفی که بر روی زنان قبرس انجام داده بود، به نگرش مثبت زنان نسبت به انجام ماموگرافی اشاره می‌کند که با نتایج مطالعه حاضر، همسو می‌باشد (۳۳). کنترل رفتاری درک شده در مطالعه حاضر ضعیف‌ترین پیش‌بینی کننده انجام برنامه‌های غربالگری سرطان است که با مطالعه روتر (۱۱) و دروسسارت و همکاران (۲۸) همسو می‌باشد. نتایج مطالعه دیویس و همکاران (۸) نشان داد که سواد سلامت ناکافی یکی از مهم‌ترین عوامل در تشخیص سرطان در مراحل پیشرفته، مشارکت کم افراد در برنامه‌های غربالگری سرطان و کاهش مشارکت در انجام آزمایشات بالینی و مراحل درمان است (۸). در پایان باید ذکر کرد یکی از مسایل مهم در رابطه با رفتارهای غربالگری سرطان پستان و مفاهیم بهداشتی، تفاوت‌های فرهنگی و همچنین تفاوت‌های درون فرهنگی است. به نظر می‌رسد عدم رعایت رفتارهای بهداشتی در هر جامعه‌ای وجود دارد، زیرا رفتارهای درست و نادرست بهداشتی، بخشی از فرهنگ آن جامعه را تشکیل می‌دهند. بنابراین برای اینکه افراد برای عمل کردن به شیوه‌های درست زندگی جهت حفظ سلامت خود و اجتناب از بیماری‌ها آماده شوند، نیازمند شکل دادن رفتارهای بهداشتی و اجرای برنامه‌های آموزشی مناسب برای تأمین این‌گونه رفتارها می‌باشند (۲). از محدودیت‌های مطالعه

References

- Hatefnia E, Niknami S, Mahmudi M, Lamyian M. The Effects of "Theory of Planned Behavior" based education on the promotion of mammography performance in employed women. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2010; 17(1):50-8
- Pourhaje F, Vahedian Shahrood M, Esmaily H. Investigating the Effectiveness of Protection Motivation, Perceived Self-Efficacy and Perceived Response Costs by Behavior of Breast Self-Examination. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2013; 40(15):1-9.
- Groot MT, Baltussen R, Uyl-de Groot CA, Anderson BO, Hortobágyi GN. Costs and health effects of breast cancer interventions in epidemiologically different regions of Africa, North America, and Asia. *The Breast Journal* 2006; 12(s1):S81-90.
- Hacihanoglu R, Gözüm S. The effect of training on the knowledge levels and beliefs regarding breast self-examination on women attending a public education centre. *European Journal of Oncology Nursing* 2008; 12(1):58-64.

5. Ghodsieh Alavi JH, Asieh Sadat Fattahi Masoom, Mohammad Taghi Shakeri. Evaluation of Prevalence of Cervical and Breast Cancer Screening Programs between Gynecologists The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2010; 13(1):1-6 .
6. Mokhtari L, Baradaran Rezaee M, Mohammadpour Asl A, Mousavi SM. Health Beliefs about Mammography and Clinical Breast Examination among Female Healthcare Providers in Tabriz Health Centers. Iran Journal of Nursing 2011; 24(71):63-73.
7. Oldach BR, Katz ML. Health literacy and cancer screening: A systematic review. Patient education and counseling 2014; 94(2):149-57.
8. Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass J. Health literacy and cancer communication. CA: A cancer journal for clinicians 2002; 52(3):134-49.
9. Meade C, Diekmann J, Thornhill DG, editors. Readability of American Cancer Society patient education literature. Oncology Nursing Forum 1992; 19(1):51-5.
10. Michielutte R, Bahnson J, Beal P. Readability of the public education literature on cancer prevention and detection. Journal of Cancer Education 1990; 5(1):55-61.
11. Rutter DR. Attendance and reattendance for breast cancer screening: A prospective 3-year test of the Theory of Planned Behaviour. British Journal of Health Psychology 2000; 5(1):1-13.
12. Pagán JA, Brown CJ, Asch DA, Armstrong K, Bastida E, Guerra C. Health literacy and breast cancer screening among Mexican American women in south Texas. Journal of Cancer Education 2012; 27(1): 132-7.
13. Cox N, Bowmer C, Ring A. Health literacy and the provision of information to women with breast cancer. Clinical Oncology 2011; 23(3):223-7.
14. Rust CF, Davis C, Moore MR. Medication Adherence Skills Training for African-American Breast Cancer Survivors: The Effects on Health Literacy, Medication Adherence, and Self-Efficacy. Social work in health care 2015; 54(1):33-46.
15. Sentell TL, Tsoh JY, Davis T, Davis J, Braun KL. Low health literacy and cancer screening among Chinese Americans in California: a cross-sectional analysis. BMJ open 2015; 5(1): 104-6.
16. Hart TL, Blacker S, Panjwani A, Torbit L, Evans M. Development of multimedia informational tools for breast cancer patients with low levels of health literacy. Patient education and counseling 2015: 370-7.
17. Parker R, Ratzan SC. Health literacy: a second decade of distinction for Americans. Journal of Health Communication 2010; 15(S2):20-33.
18. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for Education Statistics 2006:1-76.
19. ehrani Banihashemi S-A, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian S-M, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health Literacy and the Influencing Factors: A Study in Five Provinces of Iran. Strides in Development of Medical Education 2007; 4(1):1-9 .
20. Bhatt V, Wetz R, Shrestha R, Shrestha B, Shah N, Sayami P, et al. Breast cancer knowledge, attitudes and practices among Nepalese women. European journal of cancer care 2011; 20(6):810-7.
21. Rosmawati N. Knowledge, attitudes and practice of breast self-examination among women in a suburban area in Terengganu, Malaysia. Asian Pac J Cancer Prev 2010; 11(6):1503-8.
22. Sharifiehrad G, Hazavei M, Mohebbi S. The effect of health education based on Health Belife Model on self care of leg in type 2 diabetic patients. Persian Iranian journal of endocrinology and Metabolism Journal of Shahidbeheshti university of medical sciences and health services 2005; 14(1):18-27.
23. Allahverdipour H. Passing from Traditional health education to achieving

- theory-based health education programs. *Persian Journal of Professional Health Education & Health promotion* 2004; 1(3):75-80.
24. Hatefnia E, Niknami S. Survey of Factors affecting to predict mammography in employed women aged 35 years and older based on the Theory of planned behavior. *Social Determinants of Health Research Center* 2013; 9(10):1062-70.
25. Mahnoosh Reisi FM, Akbar Hasanzade, Gholam Reza Sharifirad. The Relationship between Health Literacy, Health Status and Healthy Behaviors among Elderly in Isfahan, Iran. *Health System Research* 2011; 7(4) :256-64.
26. Armin J, Torres CH, Vivian J, Vergara C, Shaw SJ. Breast self-examination beliefs and practices, ethnicity, and health literacy: Implications for health education to reduce disparities. *Health education journal* 2013:112-47.
27. Morris NS, Field TS, Wagner JL, Cutrona SL, Roblin DW, Gaglio B, et al. The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *Journal of health communication* 2013; 18(1):223-41.
28. Drossaert C, Boer H, Seydel E. Prospective study on the determinants of repeat attendance and attendance patterns in breast cancer screening using the theory of planned behaviour. *Psychology and Health* 2003; 18(5):551-65.
29. Peyman N, Heidarnia A, Ghofranipour F, Kazemnejad A, Khodaei G, Shokravi FA. The relationship between perceived self-efficacy and contraceptive behaviors among Iranian women referring to health centers in Mashad in order to decrease unwanted pregnancies. *Journal of Reproduction & Infertility* 2007; 8(1):78-91.
30. Allen JD, Sorensen G, Stoddard AM, Colditz G, Peterson K. Intention to have a mammogram in the future among women who have underused mammography in the past. *Health education & behavior* 1998; 25(4):474-88.
31. Godin G, Gagné C, Maziade J, Moreault L, Beaulieu D, Morel S. Breast cancer: The intention to have a mammography and a clinical breast examination-application of the theory of planned behavior. *Psychology and Health* 2001; 16(4):423-41.
32. Rimer B. Current use and how to increase mammography screening in women. *Surgical oncology clinics of North America* 1997; 6(2):203-11.
33. Tolma EL, Reininger BM, Evans A, Ureda J. Examining the theory of planned behavior and the construct of self-efficacy to predict mammography intention. *Health Education & Behavior* 2006; 33(2):233-51.