

ادراک بیماری و تاخیر در کمک جویی در زنان با علائم سرطان پستان: ارزیابی الگوی خودگردانی

Illness perception and delay in seeking help in women with breast cancer symptoms: An appraisal of self-regulation model

تاریخ پذیرش: ۸۷/۷/۲

تاریخ دریافت: ۸۷/۵/۲۹

Masoudnia, E. Ph.D.

دکتر ابراهیم مسعودنیا^{*}

Abstract

Introduction: Delay in seeking help in prehospital delay phase is the most important factor to decline the survival probability and recovery in women with breast cancer symptoms. Several theoretical models has been investigated the etiology of delay in seeking help in patients with breast cancer symptoms. The one of the attractive model that provided appropriate framework for systematic investigation of pre-hospital delay (patient delay) and decisions for seeking treatment is Self-regulation model. The aim of this study was to determine the relationship between illness perception and delay in seeking help in prehospital delay phase in women with breast cancer symptoms in framework of self-regulation model.

Method: This study was conducted with survey and cross-sectional method. Data were collected from 50 women with breast cancer symptoms that had referred to Shahid Ramzanzadeh Radiotherapy Center in Yazd city. These women were selected using convenient sampling. The instruments for gathering data were Illness Perception Questionnaire (IPQ) and Questionnaire of Delay in Seeking Help. Data were analysed using Pearson's correlation method and hierarchical multiple regression.

Results: The results showed significant direct correlation between emotional representation and appraisal delay ($p < .05$) and reverse correlation between illness consequences and appraisal delay ($p < .05$), and illness coherence and appraisal delay ($p < .05$). Hierarchical multiple regression analysis showed that illness perception components explained for 26.9% of the variance in appraisal delay.

Conclusion: Women's illness perceptions of breast cancer symptoms have significant effect on seeking help, particularly, on the symptom appraisal phase. This results, on the one hand, confirmate the validity of Self-regulation Model in explanation of delay in prehospital seeking help, and on the other hand have been showed the importance and effect of appraisal and interpretation of symptoms on seeking medical help and also on the behavioural and clinical interventions for breast cancer.

Key words: Illness perception; Delay in seeking help; Breast cancer; Self-regulatory model

چکیده

مقدمه: تاخیر در کمک جویی مهمترین عامل کاهش احتمال بقا و بهبودی در بیماران با علائم سرطان پستان بشمار می‌رود. مدل‌های نظری متعددی، سبب شناسی تاخیر در کمک جویی در بیماران با نشانه‌های سرطان پستان را مورد بررسی قرار دادند. یکی از مدل‌های بویژه جالب که چهارچوب مناسبی برای بررسی سیستماتیک تاخیر پیش از بیمارستان (تأخیر بیمار) و تصمیم‌های مربوط به جستجوی درمان فراهم آورده است، مدل خودگردانی است. این پژوهش با هدف تعیین رابطه بین ادراک بیماری و تاخیر در کمک جویی در فاز تاخیر پیش از بیمارستان در زنان با علائم سرطان پستان در پرتو مدل خودگردانی انجام شده است.

روش: مطالعه حاضر در قالب یک طرح پیمایشی و بصورت مقطعی انجام شد. داده‌ها از ۵۰ زن با علائم سرطان پستان که جهت مداوا به مرکز پرتو درمانی شهید رمضان زاده یزد مراجعه کرده بودند جمع آوری شد. این زنان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه استاندارد شده ادراک بیماری (IPQ) و پرسشنامه محقق ساخته سنجش میزان تاخیر در کمک جویی بود. داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: همبستگی مستقیم بین مولفه تظاهرات هیجانی از سازه ادراک بیماری و تاخیر در ارزیابی (فاز اول تاخیر) ($P < .05$) و همبستگی معکوس بین مولفه‌های برآیند بیماری و انسجام بیماری و تاخیر در ارزیابی (فاز اول تاخیر) ($P < .05$) وجود داشت. تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی نشان داد که مولفه‌های ادراک بیماری، ۲۶/۹ درصد از واریانس تاخیر در کمک جویی در فاز تاخیر ارزیابی را تبیین نمودند.

نتیجه‌گیری: ادراکات زنان از علائم سرطان پستان تاثیر معناداری بر تاخیر آنها در کمک جویی بویژه در فاز ارزیابی علائم دارد. این نتیجه ضمن تایید اعتبار مدل خودگردانی در تبیین تاخیر کمک جویی پیش از بیمارستان، اهمیت فاز ارزیابی و تفسیر علائم را در جستجوی کمک پزشکی و نیز مداخلات رفتاری و بالینی نشان داده است.

واژه‌های کلیدی: ادراک بیماری، تاخیر در کمک جویی، سرطان پستان، مدل خودگردانی

مقدمه

براساس آمار ارائه شده از سوی انجمن سرطان آمریکا^۱ [۱]، سالیانه حدود ۱/۳ میلیون نفر زن مبتلا به سرطان پستان در جهان تشخیص داده می‌شوند که از این رقم، بالغ بر ۴۶۵۰۰۰ نفر در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند. در ایران، سرطان سینه یکی از مهمترین مسائل تندرستی در میان زنان بشمار می‌رود. نرخ شیوع این بیماری در ایران مطابق با آمار سال ۲۰۰۳، ۲۰ مورد جدید در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر زن در هر سال است و با فرض اینکه جمعیت زنان در ایران ۳۰ میلیون نفر باشد، تعداد موارد جدید (بروز) سرطان پستان در هر سال برابر با ۶۰۰۰ نفر خواهد بود [۲]. یکی از عوامل عمده مرگ و میر در بیماران مبتلا به سرطان پستان، تاخیر در کمک جویی و مشاوره است. محققان نشان دادند که تاخیر سه ماه یا بیشتر در جستجوی مشاوره پزشکی درباره علائم سرطان پستان با تشخیص سرطان پستان در مراحل پیشرفته تر این بیماری و کاهش احتمال بقا همراه است [۳]. زمان تاخیر^۲ به فاصله شروع و مشاهده علائم تا زمان مداخلات پزشکی و مراجعه برای درمان اطلاق می‌شود [۳]. این تاخیر را می‌توان به دو فاز کلی یعنی تاخیر بیمار^۳ و تاخیر تامین کننده^۴ تقسیم کرد. تاخیر بیمار، به فاصله زمانی بین آگاهی شخص از نشانه یا علامت و مشاوره اولیه پزشکی اطلاق می‌شود. از سوی دیگر، تاخیر تامین کننده، به فاصله بین مشاوره اولیه پزشکی و درمان قطعی سرطان پستان برمی‌گردد. این زمان، شامل فاصله بین ملاقات با پزشک عمومی و مراجعه به بیمارستان، فاصله بین ورود بیمار به بیمارستان و تشخیص سرطان پستان و نیز زمان بین تشخیص و درمان می‌شود [۴].

هر چند برخی از تاخیرها در درمان سرطان پستان به تامین کننده خدمات تندرستی مربوط می‌شود اما طبق برآورد، ۲۰ الی ۳۰ درصد زنان با علائم سرطان پستان، تقریباً با سه ماه تاخیر، کمک پزشکی را طلب می‌کنند [۵]. نتایج یک فراتحلیل بر روی ۳۸ مقاله بین سالهای ۱۹۰۷ تا ۱۹۹۶ نشان

داده است بیماری‌هایی که حدود سه ماه یا بیشتر تاخیر در کمک جویی داشتند، به طور میانگین، ۱۲ درصد نرخ بهبودی ۵ ساله کمتری در مقایسه با بیماری‌هایی که با تاخیر کمتر مراجعه کرده بودند داشتند [۵]. یک مطالعه در ایران نیز نشان داده است که بیشتر زنان مبتلا به سرطان پستان، در مرحله پیشرفته، بیماری‌شان را گزارش کرده بودند که اکثر آنها (۷۰٪) در یک دوره زمانی کوتاه فوت شدند [۶].

مطابق با یافته‌های پژوهشی، تاخیر بیمار (فاز اول) مهمترین عامل کاهش احتمال بقا و بهبودی در بیماران با علائم سرطان پستان بشمار می‌رود. آندرسون، کاسیوپو و روبرتر [۷]، براساس نظریه مقایسه روانی - فیزیولوژیکی^۵ (PCT) سه مرحله عمده از تاخیر بیمار را برشمردند که مبنای تقسیم تاخیر در مطالعه حاضر نیز می‌باشد. این سه مرحله عبارتند از: ۱- تاخیر در ارزیابی^۶؛ زمانیکه علائم کشف و به بیماری پی برده می‌شود. ۲- تاخیر بیماری^۷؛ فاصله زمانی بین استنباط یک بیماری و تصمیم به کمک جویی و ۳- تاخیر رفتاری^۸؛ فاصله زمانی میان تصمیم به کمک جویی و اقدام برای اجرای این تصمیم.

در ارتباط با سبب شناسی تاخیر در کمک جویی در بیماران با نشانه‌های سرطان پستان در فاز تاخیر بیمار، محققان تاثیر عوامل مختلف را بررسی نمودند. این عوامل را می‌توان به سه دسته کلی عوامل اجتماعی و جمعیت شناختی نظیر سن، قومیت، سابقه خانوادگی، جایگاه اجتماعی و اقتصادی؛ عوامل بالینی، نظیر نوع و ماهیت علائم پستان؛ و عوامل روانی و رفتاری تقسیم نمود. نقش عوامل روانی و رفتاری در تاخیر در کمک جویی بیماران که موضوع مطالعه حاضر می‌باشد، در قالب مدل‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از متغیرهای روانشناختی و رفتاری مهم در تاخیر بیمار، ادراک علائم بیماری است. در ارتباط با تاثیر ادراک بیماری بر تاخیر در کمک جویی بیماران با علائم پستان مطالعات اندکی صورت گرفته است. یکی از مدل‌های بویژه جالب که

5 Psycho-physiological comparison theory
6 Appraisal delay
7 Illness delay
8 Behavioral delay

1 American Cancer Society
2 Delay time
3 Patient delay
4 Provider delay

[۱۴] نشان دادند که ارزیابی و ادراک علائم، مرحله ای بسیار با اهمیت است که بر رفتار آینده بیمار اثر می‌گذارد و یکی از متغیرهای مهم در پیش بینی تاخیر در کمک جویی برای بیماران با علائم سرطان پستان است. در مطالعه ای مشابه، بیوک [۱۵] دریافت که ادراکات بیماری از جمله پیش بین‌های مهم واکنش روانی- اجتماعی در مقابل علائم سینه، مستقل از شدت عینی بیماری است. محققان دیگر نشان دادند که باورها نسبت به سرطان پستان با سازگاری فرد با بیماری در رابطه است [۱۶].

مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین ادراکات و باورهای بیماران با علائم سرطان پستان درباره علائم این بیماری و تاخیر در کمک جویی در فاز اول تاخیر یعنی تاخیر بیمار انجام شده است. فاز اول تاخیر مرکب از سه مرحله تاخیر یعنی: تاخیر در ارزیابی علائم، تاخیر بیماری و تاخیر رفتاری می‌باشد. فرض اساسی این مطالعه بر اساس مدل خودگردانی لونتال و همکاران این است که تاخیر پیش از بیمارستان^{۱۴} در زنان با علائم سرطان پستان تابعی است از ادراک آنها راجع به برجسب‌های علائم، ادراک و باور آنان درباره علل احتمالی علائم، ادراک آنها راجع به جدیت و شدت علائم، باورها درباره نتایج احتمالی و انتظارات آنان درخصوص قابل کنترل و درمان بودن علائم.

روش

مطالعه حاضر در قالب یک طرح پیمایشی و بصورت مقطعی انجام شده است. داده‌های این مطالعه از ۵۰ زن با علائم تایید شده سرطان پستان که جهت مداوا به مرکز پرتودرمانی شهید رمضان زاده یزد مراجعه کرده بودند جمع آوری شدند. این زنان با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب گردیدند.

ابزار جمع آوری داده‌ها

مشخصه‌های اجتماعی- جمعیت شناختی: این مشخصه‌ها، شامل متغیرهای سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، سابقه خانوادگی بیماری، تعداد زایمان، نوع علامت و میزات تاخیر در

چهارچوب مناسبی برای بررسی سیستماتیک تاخیر پیش از بیمارستان (تاخیر بیمار) و تصمیم‌های مربوط به جستجوی درمان فراهم آورده است، مدل خودگردانی لونتال و همکاران [۸ و ۹] است. این مدل معتقد است که اتخاذ هر کنش در جهت مقابله با خطر، به باورها و ادراکات فرد نسبت به پنج متغیر بستگی دارد. این متغیرها عبارتند از: ۱- هویت^۵: برجسبی که فرد به یک علامت می‌زند. ۲- علت^۶: باور فرد درباره علل احتمالی و ادراک شده بیماری. ۳- برآیند^{۱۱}: باور و ادراک فرد درباره اثرات احتمالی بیماری بر کیفیت کلی زندگی. ۴- خط زمانی^{۱۲}: باورهای فرد درباره طول مدت بیماری و نیز جریان بیماری. ۵- کنترل / درمان^{۱۳}: باور فرد درباره قابل کنترل بودن و بهبودی بیماری [۱۰]. مدل خودگردانی بر ارزیابی علائم بیماری تاکید دارد و معتقد است که آگاهی و ادراک افراد از جمله ادراک خطر، تظاهرات ذهنی آنها از بیماری را شکل داده و بر رفتار بیماری آنها اثر می‌گذارد [۴]. از نظر این مدل، محرک درونی (برای مثال، تجربه علائم) و نیز محرک‌های ناشی از محیط (برای نمونه، اطلاعات راجع به خطر و مشاهده بیماری بستگان)، ممکن است تظاهرات هیجانی و شناختی را باعث شود و فرد براساس همین تظاهرات، یک طرح کنشی بمنظور مقابله با تهدیدی که ادراک کرده است اتخاذ می‌کند [۱۱]. لونتال بر این عقیده است که هر جزء از ادراک بیماری می‌تواند بر رفتار کمک جویی زنان در واکنش به علائم پستان اثر بگذارد. در واقع، تصمیماتی که زنان در مرحله ارزیابی علائم سرطان پستان اتخاذ می‌کنند، تحت تاثیر ادراک علائم بیماری (تظاهرات شناختی بیماری) و حالات و ویژگی‌های عاطفی (تظاهرات هیجانی) قرار دارد. لذا بر حسب اینکه ادراک فرد راجع به برجسب‌های علائم، اسناد با توجه به علت علائم، ادراک فرد راجع به جدیت و شدت، باورها درباره نتایج احتمالی و انتظارات وی درخصوص قابل کنترل و درمان بودن علائم چگونه باشد، واکنش‌های وی نیز تغییر می‌یابد [۱۲ و ۱۳]. در یک مطالعه، پتریه و وینمن

- 9 Identity
- 10 Cause
- 11 Consequences
- 12 Time/ line
- 13 Control / cure

14 Pre-hospital delay

فاز تاخیر بیمار بود که با استفاده از یک چک لیست عمومی سنجیده شد.

مقیاس ادراک بیماری: برای سنجش ادراکات و باورهای زنان درباره علائم سرطان پستان از پرسشنامه استاندارد شده ادراک بیماری (IPQ-R^{۱۵}) [۱۷] استفاده گردید. این پرسشنامه مرکب از ۴۳ گویه است که ۷ مولفه تظاهرات هیجانی (واکنش‌های هیجانی بیمار در زمان مشاهده علائم بیماری نظیر ترس و اضطراب)، کنترل درمان (درجه ای که بیمار فکر می‌کند درمان اتخاذ شده از سوی وی می‌تواند بیماری اش را کنترل نماید)، برآیند بیماری (باورهای بیمار درباره نتایج احتمالی که بیماری وی می‌تواند بر جنبه‌های زندگی وی داشته باشد)، خط زمانی حاد / مزمن (باورهای بیمار درباره مدت زمانیکه بیماری وی طول می‌کشد)، انسجام بیماری (باورهای بیمار درباره قابل فهم بودن بیماری)، کنترل شخصی (باور بیمار درباره توانایی وی در کنترل بیماری) و خط زمانی دوره ای (باورهای بیمار درباره چرخشی و دوره ای بودن بیماری وی). را اندازه گیری می‌کنند. سازندگان مقیاس ادراک بیماری، ضریب اعتبار خرده مقیاسها را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای مولفه‌های تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، برآیند بیماری، خط زمانی حاد / مزمن، انسجام بیماری، کنترل شخصی و خط زمانی دوره ای بترتیب برابر با ۰/۸۸؛ ۰/۸۰؛ ۰/۸۴؛ ۰/۸۹؛ ۰/۸۷؛ ۰/۸۱؛ و ۰/۷۹ گزارش کردند. این مقیاس در ایران توسط نگارنده مقاله در مطالعه ای راجع به رفتار بیماری در بیماران آرتریت روماتوئید [۱۸] به فارسی برگردانده شد. ضریب اعتبار مولفه‌های ادراک بیماری در مطالعه فوق با استفاده از روش آلفای کرونباخ بترتیب برابر با ۰/۹۳؛ ۰/۸۵؛ ۰/۷۸؛ ۰/۸۴؛ ۰/۸۶؛ ۰/۷۸؛ و ۰/۳۸ محاسبه گردید. همه آیت‌های پرسشنامه IPQ-R بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت (قویا موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، قویا مخالف) درجه بندی شدند.

تأخیر بیمار: برای سنجش میزان تأخیر در کمک جویی، از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. تأخیر بیمار در ۳ فاز مورد سنجش و محاسبه قرار گرفت. فاز اول، تأخیر در ارزیابی

بود. این فاز با محاسبه فاصله زمانی ظهور علائم و استنباط آن بعنوان علائم سرطان بدست آمد (از زمانیکه نخستین علائم بیماری را مشاهده کردید چه مدت طول کشید تا به این نتیجه برسید که آن علائم نشانه بیماری سرطان پستان است). فاز دوم، تأخیر بیماری بود. این فاز با محاسبه فاصله زمانی میان ادراک علائم پستان بعنوان علائم سرطان پستان تا زمان تصمیم گیری برای کمک جویی پزشکی بدست آمد (زمانیکه علائم مشاهده شده را بعنوان علائم سرطان پستان تفسیر کردید چه مدت طول کشید تا تصمیم به درمان بگیرید). فاز سوم، تأخیر رفتاری را شامل می‌شد. این فاز، با محاسبه فاصله زمانی بین تصمیم به کمک جویی تا زمان عملی کردن و اجرای تصمیم بدست آمد (زمانی که تصمیم به درمان علائم مشاهده شده گرفتید چه مدت طول کشید تا به مراکز درمانی مراجعه کنید). مبنای زمانی محاسبه تأخیر در هر دوره، احتساب تعداد ماههای تأخیر بود زیرا از نظر محققان [۵] تأخیر زمانی بیش از ۳ ماه یا بیشتر با کاهش احتمال بقا در زنان با علائم سرطان پستان همراه است. بیماران براساس ماههای تأخیر در کمک جویی به دو گروه بیماران با کمتر از ۳ ماه تأخیر و بیماران با بیش از ۳ ماه تأخیر تقسیم گردیدند.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند. برای محاسبه همبستگی بین میزان تأخیر در کمک جویی در سه فاز (تأخیر در ارزیابی، تأخیر بیمار و تأخیر رفتاری) و مولفه‌های ادراک بیماری از روش همبستگی پیرسون استفاده شد. به منظور پیش بینی تأخیر در کمک جویی بیماران با علائم سرطان پستان، از رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی از نوع خطی استفاده گردید. تمامی پیش فرضهای استفاده از رگرسیون خطی از جمله رابطه خطی بین متغیرهای پیش بین و متغیر ملاک، اندازه گیری متغیرهای پیش بین بر اساس مقیاسهای فاصله ای یا رتبه ای و مناسب بودن حجم نمونه مراعات گردید. در مورد متغیر پیش بین سابقه بیماری در خانواده که یک متغیر اسمی بود، ابتدا از طریق کدگذاری ساختگی^{۱۶} (اختصاص کد صفر به عدم سابقه بیماری در خانواده و کد یک به وجود سابقه بیماری در خانواده) به یک

(۳۸٪) می‌شد. زنان با سطح تحصیلات ابتدایی بالاترین میزان تاخیر بیش از ۳ ماه (۲۴٪) را داشتند. در ارتباط با سابقه خانوادگی بیماری، میزان تاخیر بیش از ۳ ماه زنان بدون سابقه بیماری بالاتر (۳۸٪) بود. زنان با بیش از ۴ زایمان میزان تاخیر بیشتری (۴۱/۳٪) در مقایسه با زنان با ۱ تا ۳ زایمان (۱۰/۹٪) داشتند. در ارتباط با نوع علامت، زنان با علامت برآمدگی و ورم پستان کمترین میزان تاخیر (۵۲٪) را به خود اختصاص داده بودند.

ضرایب همبستگی پیرسون برای آزمون رابطه بین مولفه‌های ادراک بیماری و فازهای تاخیر در کمک جویی محاسبه شد. نتایج (جدول ۲) همبستگی مثبت معناداری را میان تظاهرات بیماری و تاخیر در ارزیابی ($P < 0/05$) نشان داد. بیمارانی که اضطراب، ترس و تنش بیشتری را بعد از مشاهده علائم پستان گزارش کرده بودند تاخیر بیشتری در فاز ارزیابی علائم داشتند. همچنین همبستگی معکوس معناداری بین برآیند بیماری و فاز تاخیر در ارزیابی ($P < 0/05$) وجود داشت. بیمارانی که نتایج علائم را بر زندگی خود منفی و وخیم ادراک کرده بودند زمان تاخیری کمتری در فاز ارزیابی علائم داشتند. افزون بر این، همبستگی معکوس معناداری بین انسجام بیماری و فاز تاخیر در ارزیابی ($P < 0/05$) وجود داشت. بیمارانی که فهم روشنی از علائم پستان نداشتند، از میزان تاخیر ارزیابی بالاتری برخوردار بودند. هیچ همبستگی معناداری میان سایر مولفه‌های ادراک بیماری و فاز تاخیر در ارزیابی وجود نداشت. بعلاوه، هیچ رابطه معناداری میان مولفه‌های ادراک بیماری و دو فاز دیگر تاخیر پیش از بیمارستان، یعنی تاخیر بیمار و تاخیر رفتاری وجود نداشت.

تاخیر در کمک جویی در سه فاز تاخیر در ارزیابی، تاخیر بیمار و تاخیر رفتاری از روی مولفه‌های ادراک بیماری و نیز متغیرهای کنترل اجتماعی - جمعیت شناختی و با استفاده از رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه مورد پیش بینی قرار گرفت (جدول ۳). ترتیب ورود متغیرها در مدل رگرسیون، براساس مدل خودگردانی لونتال و همکاران انجام شد. مطابق با این مدل، ادراکات فرد از علائم بیماری براساس ویژگیهای اجتماعی - جمعیت شناختی آنان تغییر می‌یابد. بنابراین، ابتدا متغیرهای

متغیر مجازی تبدیل گردید و سپس وارد معادله رگرسیون شد.

یافته‌ها

۵۰ زن با علائم سرطان پستان مورد بررسی قرار گرفتند. ۲۴ نفر (۴۸٪) دارای تاخیر کمتر از ۳ ماه و ۲۶ نفر (۵۲٪) دارای تاخیر بیش از ۳ ماه بودند. میانگین سنی بیماران ۵۲/۰۴ سال (با انحراف معیار ۱۲/۶۶) بود. بیشترین فراوانی تاخیر مربوط به گروه سنی بالاتر از ۵۵ سال (۲۶٪) و کمترین تاخیر به زنان با گروههای سنی پایین تر از ۳۵ سال (۴٪) و گروه سنی ۳۶-۴۴ سال (۶٪) مربوط می‌شد. از نظر وضعیت تاهل، بیشترین فراوانی تاخیر بیش از ۳ ماه مربوط به زنان متأهل

جدول ۱) ویژگیهای اجتماعی - جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

متغیرها	میزان تاخیر			
	کمتر از ۳ ماه	بیش از ۳ ماه	فراوانی درصد	فراوانی درصد
گروههای سنی:				
<۳۵	۵	۲	۱۰	۴
۳۶-۴۴	۵	۳	۱۰	۶
۴۵-۵۴	۲	۸	۴	۱۶
>۵۵	۱۲	۱۳	۲۴	۲۶
وضعیت تاهل				
مجرد	۲	۰	۴	۰
متاهل	۱۳	۱۹	۲۶	۳۸
همسر فوت شده/مطلقه	۹	۷	۱۸	۱۴
میزان تحصیلات				
بیسواد	۸	۹	۱۶	۱۸
ابتدایی	۹	۱۲	۱۸	۲۴
متوسطه و بالاتر	۷	۵	۱۴	۱۰
سابقه خانوادگی				
خیر	۱۸	۱۹	۳۶	۳۸
بلی	۱۶	۷	۱۲	۱۴
تعداد زایمان				
۱-۳	۱۰	۵	۲۱/۷	۱۰/۹
>۴	۱۲	۱۹	۲۶/۱	۴۱/۳
نوع علامت				
برآمدگی و ورم پستان	۲۶	۱۵	۵۲	۳۰
سایر	۶	۳	۱۲	۶
میزان تاخیر (به ماه)	۲۴	۴۸	۲۶	۵۲

جدول ۲) ماتریس همبستگی بین مولفه‌های ادراک بیماری و سه فاز تاخیر در کمک جویی

مؤلفه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
تاخیر در ارزیابی	۱/۰۰۰									
تاخیر بیماری	-۰/۱۱۹	۱/۰۰۰								
تاخیر رفتاری	۰/۲۷۷	***۰/۵۰۰	۱/۰۰۰							
تظاهرات هیجانی	*۰/۳۴۲	-۰/۰۴۹	۰/۱۱۲	۱/۰۰۰						
کنترل درمان	-۰/۰۰۱	-۰/۰۴۹	-۰/۰۰۵	*۰/۳۵۰	۱/۰۰۰					
برآیند بیماری	*-۰/۲۸۱	-۰/۲۰۸	-۰/۱۸۰	۰/۰۳۹	۰/۰۲۴	۱/۰۰۰				
خط زمانی حاد/ مزمن	۰/۲۰۳	-۰/۰۶۷	۰/۰۳۶	۰/۲۳۷	-۰/۱۵۶	*۰/۳۴۲	۱/۰۰۰			
انسجام بیماری	*-۰/۲۹۹	۰/۰۷۲	-۰/۰۶۷	۰/۳۰۴	*۰/۳۳۸	-۰/۰۵۱	-۰/۰۳۴	۱/۰۰۰		
کنترل شخصی	-۰/۰۶۹	۰/۰۵۳	۰/۱۴۷	۰/۱۵۳	۰/۱۱۰	-۰/۱۰۱	-۰/۲۲۲	۰/۲۳۸	۱/۰۰۰	
خط زمانی دوره ای	-۰/۰۱۲	-۰/۲۴۴	-۰/۱۵۵	۰/۲۲۴	-۰/۱۹۲	**۰/۴۱۶	۰/۲۶۹	۰/۰۶۰	-۰/۰۱۰	۱/۰۰۰

*P < 0.05, **P < 0.01, ***P < 0.001

در ارتباط با فاز سوم تاخیر، یعنی تاخیر رفتاری، هیچکدام از متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی و نیز مولفه‌های ادراک بیماری پیش بین‌های مناسبی نبودند.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تبیین رابطه بین ادراک و باور بیماری و تاخیر در کمک جویی بیماران در فاز تاخیر پیش از بیمارستان در زنان با علائم سرطان پستان انجام شد. ابتدا فاز تاخیر پیش از بیمارستان به سه فاز جزئی تر، یعنی فاز تاخیر ارزیابی، فاز تاخیر بیمار و فاز تاخیر رفتاری (۷) تقسیم شد و سپس رابطه بین مولفه‌های ادراک بیماری و فازهای سه گانه تاخیر پیش از بیمارستان مورد بررسی قرار گرفت. اکثر مطالعات پیشین، برای پیش بینی میزان تاخیر زنان با علائم سرطان پستان، به استثنای چند مطالعه، از رویکرد پزشکی، ویژگی‌های بالینی و جمعیت شناختی استفاده کرده بودند (۳، ۱۹، ۲۰). این مطالعه با استفاده از رویکردی متفاوت، یعنی رویکرد روانی - اجتماعی، نقش ادراکات و باورها راجع به علائم سرطان پستان بر تاخیر در کمک جویی را مورد بررسی قرار داد. نتایج این مطالعه در ارتباط با ویژگی‌های اجتماعی و جمعیت شناختی نشان داد که فراوانی زنان با تاخیر بیش از ۳ ماه که سن آنها بالاتر از ۵۵ سال بود در مقایسه با سایر گروه‌های سنی بیشتر بود. این یافته با نتایج یک فرا تحلیل در

اجتماعی - جمعیت شناختی بیماران وارد مدل شدند. نتایج رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی نشان داد که متغیرهای دسته اول (اجتماعی - جمعیت شناختی) که در مرحله اول وارد مدل شدند تنها توانسته اند ۵/۷ درصد از واریانس متغیر تاخیر در ارزیابی را تبیین نمایند. از میان این متغیرها، تنها متغیر تعداد زایمان ($P < ۰/۰۵$) سهم معناداری در تبیین واریانس تاخیر در ارزیابی داشت. در مرحله دوم، ۷ مولفه ادراک بیماری، وارد مدل شدند. این مولفه‌ها ۲۶/۹ درصد از واریانس متغیر تاخیر در ارزیابی را تبیین نمودند. از میان ۷ مولفه، ۳ مولفه تظاهرات هیجانی ($P < ۰/۰۵$)، مولفه برآیند بیماری ($P < ۰/۰۵$)، و مولفه انسجام بیماری ($P < ۰/۰۵$)، پیش بین‌های خوبی در تبیین واریانس تاخیر در ارزیابی بودند. این دو دسته از متغیرها، در مجموع ۳۲/۶ درصد واریانس تاخیر در ارزیابی را تبیین نمودند. سایر مولفه‌های ادراک بیماری، سهم معناداری در پیش بینی تاخیر در ارزیابی نداشتند. در ارتباط با تاخیر بیمار (فاز دوم تاخیر) نیز دو دسته متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی و مولفه‌های ادراک بیماری به ترتیب وارد مدل شدند. از میان این دو دسته متغیر، تنها متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی توانستند ۷/۵ درصد از واریانس تاخیر بیمار را تبیین نمایند. از میان متغیرهای این دسته، متغیر سابقه بیماری ($P < ۰/۰۵$) در خانواده، پیش بین خوبی بود. سهم مولفه‌های ادراک بیماری در تبیین واریانس تاخیر بیمار بسیار اندک بود.

جدول ۳) رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه متغیر تاخیر در کمک جویی در سه فاز

متغیر	تأخیر در ارزیابی (فاز اول)			تأخیر بیماری (فاز دوم)			تأخیر رفتاری (فاز سوم)		
	F	ΔR^2	β	F	ΔR^2	β	F	ΔR^2	β
سن			-۰/۲۰۳			۰/۱۸۱			۰/۰۶۹
سابقه بیماری در خانواده			-۰/۱۲۹			۰/۳۱۷*			۰/۲۱۳
تعداد زایمان			۰/۳۵۷*			۰/۰۰۹			۰/۱۹۶
تظاهرات هیجانی			۰/۴۰۷*			-۰/۱۳۰			۰/۰۲۴
کنترل درمان			۰/۱۰۵			۰/۱۱۹			۰/۱۱۷
برآیند بیماری			-۰/۴۵۹**			-۰/۲۴۹			-۰/۲۳۱
خط زمانی حاد/مزمن			۰/۲۷۵			۰/۳۰۷			۰/۲۹۰
انسجام بیماری			-۰/۴۴۶*			۰/۰۲۰			-۰/۱۶۳
کنترل شخصی			-۰/۱۴۵			۰/۰۳۳			۰/۱۵۱
خط زمانی دوره ای			۰/۰۸۲			-۰/۲۸۵			-۰/۲۶۵
جمع			۰/۲۶۹			۰/۰۰۸			۰/۰۱۷
			Adj. $\Delta R^2 = 0.326$			Adj. $\Delta R^2 = 0.083$			Adj. $\Delta R^2 = 0.030$
			$F_{(10,39)} = 3.37^{**}$			$F_{(10,39)} = 1.44$			$F_{(10,39)} = 1.15$

*P < 0.05, **P < 0.01, ***P < 0.001

ممکن است به فراوانی بالاتر زنان با سنین ۵۵ سال به بالا مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با زنان با سنین پایین تر از ۵۵ سال در مطالعه حاضر مربوط باشد. در ارتباط با وضعیت تاهل، نتایج این مطالعه با مطالعه منتظری و همکاران [۲] همخوانی داشت. زنان متاهل، میزان تاخیر بیشتری در مقایسه با زنان مجرد و یا همسر فوت شده و مطلقه داشتند. در زمینه تحصیلات، نتایج این مطالعه، یافته‌های مطالعه منتظری و همکاران [۲] و نیز یافته‌های مطالعات مشابه خارجی، از جمله مطالعه ریچاردسون و همکاران [۲۴]؛ فریمن و واسفی [۲۳]؛ کوآتس و همکاران [۲۵]؛ وهانتر و همکاران [۲۰] را مورد تایید قرار داد. بیشتر زنان با تاخیر ۳ ماه بیشتر از زنان با تحصیلات پایین (بی سواد و ابتدایی) تشکیل می‌دادند. میزان تاخیر بیش از ۳ ماه در مورد زنانی که سابقه خانوادگی بیماری نداشتند بالاتر بود. این نتیجه، یافته‌های منتظری و همکاران [۲] را تایید می‌کند. در ارتباط با تعداد زایمان، زنانی که بیش از ۴ زایمان داشتند، هماهنگ با مطالعه منتظری و همکاران [۲] تاخیر بیش از ۳ ماه بالاتری داشتند. و بالاخره در ارتباط با تاثیر عوامل بالینی بر تاخیر در کمک جویی، نتایج مطالعه

سال ۱۹۹۹ که بر روی آثار مربوط به عوامل موثر در تاخیر در کمک جویی بیماران با علائم پستان توسط رامیرز و همکاران [۲۱] انتشار یافت و همچنین با یافته آرنت و همکاران [۲۲] هماهنگی دارد. این آثار، شواهد نیرومندی را درباره رابطه بین سن بالاتر و تاخیر بیمار نشان داده بودند. اما یافته این مطالعه با نتایج مطالعه ایرانی که توسط منتظری و همکاران [۲] انجام شده بود هماهنگ نبود. در مطالعه منتظری و همکاران، زنان گروه‌های سنی ۴۵ تا ۵۴ سال بالاترین فراوانی تاخیر بیش از ۳ ماه را به خود اختصاص داده بودند. علاوه بر این، نتایج این مطالعه با برخی از مطالعات مشابه که در کشورهای غربی انجام شده بود نیز همخوانی نداشت. در مطالعه فریمن و واسفی [۲۳]؛ ریچاردسون و همکاران [۲۴]؛ کوآتس و همکاران [۲۵]؛ وهانتر و همکاران [۱۹] نشان داده شد که زنان با سنین جوانتر، از تاخیر کمک جویی بالاتری در مقایسه با سایر سنین برخوردارند. یکی از دلایل احتمالی مغایرت نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعات قبلی، به سطح بالاتر آگاهی زنان کمتر از ۵۵ سال از علائم سرطان پستان در مقایسه با زنان بالاتر از ۵۵ سال مربوط می‌شود. دلیل احتمالی دیگر

وجود آنکه برخی از زنان، علائم سرطان پستان را تشخیص می‌دهند ولی از عواقب مداخلات پزشکی هراس دارند. این ترس‌ها اغلب تحت تاثیر تجربیات گذشته سرطان در میان بستگان و دوستان قرار دارد. ترس از بیمارستان، عمل جراحی و آزمایشات پزشکی، از موانع عمده کمک جویی گزارش شده است [۳۳].

همبستگی معکوس بین برآیند بیماری و میزان تاخیر در فاز ارزیابی بیماری مشاهده شد. بیمارانی که عواقب علائم سرطان پستان را بسیار وخیم ادراک کرده بودند تاخیر در کمک جویی کمتری داشتند. به بیان دیگر، بیمارانی که باور داشتند بیماری تاثیر منفی بر کیفیت کلی زندگی آنان می‌گذارد سریعتر دست به کمک جویی زدند. این نتیجه با تئوری خودگردانی [۲۸] هماهنگ است. از نظر این تئوری، ادراک پیامد علائم بیماری باعث واکنش‌های مقابله در قالب مطالبه کمک می‌گردد. از نظر روزنستاک [۳۴]، فرد زمانی اقدام به جستجوی کمک پزشکی می‌کند که به تاثیرات جسمانی، روانشناختی و اجتماعی منفی ناشی از گسترش علائم بیماری و نیز نتایج جدی که آن علائم ایجاد می‌کنند، برای مثال، تغییر روابط اجتماعی، کاهش استقلال، درد و رنج، ناتوانی، هزینه‌های مالی و حتی مرگ باور داشته باشد. بنابراین، هر چقدر نتایج منفی ادراک شده بیماری بیشتر باشد به همان اندازه احتمال اتخاذ کنش برای مقابله با بیماری و نیز کمک جویی بیشتر می‌شود. نتایج مطالعه حاضر همچنین یافته‌های والش، لینچ، مورفی و دالی [۳۵] را تایید می‌کند. آنها در مطالعه خود، رابطه منفی بین ادراک خطر علائم و تاخیر در کمک جویی را نشان داده بود. بنظر می‌رسد که ترس از برآیندهای منفی بیماری، یک عامل برانگیزاننده است که باعث می‌شود زنان با علائم سرطان پستان دست به اتخاذ کنش مقابله ای بزنند. از این نظر، نتایج مطالعه حاضر، یافته‌های دراکوپ و موزر [۳۶] را رد می‌کند. آنها در مطالعه خود نشان داده بودند بیمارانی که از پیامدهای بیماری و کمک جویی هراس داشتند تاخیر کمک جویی طولانی تری داشتند.

همچنین، همبستگی معکوس معناداری بین انسجام بیماری و تاخیر در ارزیابی وجود داشت. بیمارانی که تفسیر نادرستی از

حاضر، هماهنگ با یافته‌های میکان، کالینز و پتیره، [۳]؛ مک آرتور و اسمیت [۲۶]؛ برگس و همکاران [۲۷]؛ رامیرز و همکاران [۲۱] و منتظری و همکاران [۲] نشان داد که زنانی که علائم بالینی از نوع وجود توده در پستان یا ورم پستان را گزارش کرده بودند، از میزان تاخیر پایین تری در مقایسه با زنان با علائمی نظیر درد، ترشحات نوک پستان یا تغییر شکل پستان داشتند.

در ارتباط با رابطه ادراک بیماری و تاخیر در کمک جویی در سه فاز تاخیر پیش از بیمارستان، همبستگی معناداری بین برخی از مولفه‌های ادراک بیماری و فاز اول تاخیر، یعنی تاخیر در ارزیابی مشاهده شد. تظاهرات هیجانی همبستگی مستقیم با تاخیر در ارزیابی داشت. بیمارانی که اضطراب، ترس و تنش بیشتری را در نتیجه مشاهده علائم پستان گزارش کرده بودند تاخیر بیشتری در فاز ارزیابی علائم داشتند. این نتیجه با ایده مرکزی تئوری خودگردانی [۲۸] همخوانی دارد. براساس این تئوری، تظاهرات هیجانی که با ترس و اضطراب و تنش روانی مشخص می‌شوند، با راهبردهای مقابله هیجان مدار^{۱۷} همراه هستند. این راهبردها غالبا با ویژگی اجتناب و فاصله گیری و یا با تلاش برای رهایی یا اجتناب از موقعیت شناخته می‌شوند [۲۹]. بنابراین، بیمارانی که هیجانات منفی بیشتری در نتیجه مشاهده علائم پستان تجربه کرده بودند، بجای تلاش برای حل مساله، یعنی جستجوی کمک، از مساله فرار می‌کردند. این یافته همچنین با یافته‌های گریبر [۳۰] و ماگاری، تاد و بلیزارد [۳۱] هماهنگی دارد. آنها نشان دادند زنانی که با تاخیر کمک جویی می‌کنند عمدتا از راهبرد انکار استفاده می‌کنند تا حداقل بخشی از واقعیت تهدیدکننده، یعنی علائم سرطان پستان را کاهش دهند و از این راه، تحت استرس کمتری عمل کنند. نتایج مطالعه حاضر، یافته‌های برگس و همکاران [۲۷] را نیز تایید می‌کند. آنها در مطالعه ای راجع به اینکه چرا برخی از زنان با علائم سرطان پستان، با تاخیر دست به کمک جویی می‌زنند، دریافتند که ترس و اضطراب ناشی از نتایج سرطان، عمده ترین دلیل تاخیر در کمک جویی آنها است. در مطالعه دیگر، برگس، هانتز و رامیرز [۳۲] نشان دادند که با

مرحله دوم مدل خودگردانی، یعنی راهبردهای مقابله دارد. نتایج این مطالعه کاربردهای مهمی در مداخلات رفتاری، بالینی و پزشکی بمنظور کاهش زمان تاخیر در کمک جویی دارد. آنچه از نتایج این تحقیق می‌توان استنباط کرد اینست که شیوه‌ای که بیماران علائم پستان را تفسیر می‌کنند و به آن برچسب می‌زنند بر رفتار کمک جویی آنها اثر می‌گذارد. این مطالعه نشان داد که مهمترین مرحله در فرایند کمک جویی در مورد زنان با علائم سرطان پستان، مرحله شروع آن یعنی فاز ارزیابی علائم پستان است یعنی در مرحله‌ای که بیمار علائم را شناسایی می‌کند و به آنها برچسب می‌زند. تفسیر علائم مهمترین عاملی است که بر زمانبندی جستجوی کمک پزشکی در بیماران با علائم سرطان پستان اثر می‌گذارد. از نظر محققان، بسیاری از زنان در تشخیص علائم سرطان پستان با دشواری مواجه هستند و بندرت علائم پستان را به سرطان پستان مربوط می‌دانند [۴]. بنابراین هرگونه مداخلات رفتاری و پزشکی در جهت کاهش زمانهای تاخیر، بویژه تاخیر در ارزیابی بدون تمرکز بر ادراک و باورهای زنان از علائم پستان میسر نیست. کلید این مهم، مداخلات و برنامه‌های آموزشی در جهت تقویت آگاهی و اطلاعات زنان درباره علائم پستان و علائم سرطان پستان است. چنانکه نتایج این مطالعه نشان داد، زنانی که تورم پستان را نشانه سرطان پستان می‌دانستند تاخیر کمتری داشتند. این در حالی است که علامت سرطان پستان فقط ورم پستان نیست. لذا لازمست برای کاهش زمانهای تاخیر، بر آگاهی زنان از علائم مختلف سرطان پستان افزوده شود. علاوه بر این، چنین آموزشهایی باید تغییر باورها و نگرشهای زنان درباره سرطان پستان را دربرگیرند. همچنین، تغییر و تعدیل نگرش منفی زنان درباره کمک جویی می‌تواند در کاهش زمان تاخیر در کمک جویی موثر باشد. تظاهرات هیجانی (ترس، اضطراب و تنش روانی) زنان پس از مشاهده علائم پستان نیز باید کانون توجه برنامه‌های آموزشی قرار گیرد. زیرا مشخص شده است زنانی که بیشتر ابراز ترس می‌کنند، تمایل کمتری به کمک جویی دارند.

مطالعه حاضر با محدودیتهایی مواجه بوده است. اولین

علائم پستان داشتند و یا فقدان فهم روشن از علائم پستان و احساس ابهام نسبت به علائم پستان را گزارش کردند تاخیر ارزیابی طولانی تری داشتند. نتایج مطالعه حاضر، یافته‌های برگس، هانتس و رامیرز [۳۲] را تایید می‌کند آنها بخوبی نشان دادند بسیاری از زنانی که بعد از مشاهده علائم پستان تردید داشتند که به پزشک مراجعه کنند همان زنانی بودند که احساس می‌کردند علائم شان مبهم و گیج کننده است. علاوه براین، بیمارانی که معتقد بودند علائم بیماری شان با انتظارات آنها از علائم سرطان پستان همخوانی نداشت نیز از تاخیر ارزیابی بیشتری برخوردار بودند. این نتیجه نیز، یافته‌های برگس، هانتس و رامیرز [۳۲] را مورد تایید قرار داده است. آنها نیز نشان دادند زنانی که علائمشان با انتظارات آنان از سرطان پستان هماهنگ نبود تاخیر بیشتری در کمک جویی داشتند. این نتیجه همچنین، یافته‌های مطالعات کیفی، نظیر مطالعه برگس و همکاران [۳۲] و مک آرتور و اسمیت [۲۶] را مورد تایید قرار داد. آنها دریافتند زنانی که علائمی غیر از تورم پستان را تجربه کرده بودند تاخیر بیشتری داشتند. آنها علت این تاخیر را به ادراک عامه مردم از علائم معرف سرطان پستان مربوط دانستند. همچنین در مطالعه راشتون و کالنان [۳۷] و هورن و همکاران [۳۸] بر روی بیماران انفارکتوس میوکارد نشان داده شد بیمارانی که کمک پزشکی را دیرتر جستجو کرده بودند بیمارانی بودند که تجربه شان از علائم قلبی و عروقی با ادراکات آنها از حمله قلبی هماهنگ نبود.

هیچ همبستگی معناداری بین مولفه‌های ادراک بیماری و تاخیر بیمار (فاز دوم) و تاخیر رفتاری (فاز سوم) وجود نداشت. این فقدان رابطه مورد انتظار بود. مطابق با مدل خودگردانی، مرحله بعد از ادراک و تفسیر علائم، مرحله اتخاذ راهبردهای مقابله است. این مدل معتقد به رابطه علی بین تظاهرات شناختی (ادراک و ارزیابی علائم) و رفتار مقابله است. فرد پس از ادراک و ارزیابی علائم، طیفی از راهبردهای مقابله نظیر: اجتناب/ انکار، ارزیابی مجدد شناختی، ملاقات به پزشک، ابراز هیجان، جستجوی حمایت اجتماعی و نظایر آنرا انتخاب می‌کند. لذا عدم تصمیم به کمک جویی (تاخیر بیمار) و عدم اجرای تصمیم به کمک جویی (تاخیر رفتاری) رابطه علی با

6) Harirchi, I., Ebrahimi, M., Zamani, N., Jarvandi, S., and Montazeri, A. "Breast cancer in Iran: a review of 903 case records". *Public Health* 2000; 114: 245-249.

7) Andersen, B., Cacioppo, J., and Roberts, D. "Delay in seeking a cancer diagnosis: stages and psychophysiological comparison processes". *British Journal of Social Psychology* 1995; 34: 33-52.

8) Brownlee, S., Leventhal, H., and Leventhal, E. Regulation, self-regulation, and the construction of the self in the maintenance of physical health. In: Boekaerts M, Pintrich PR, eds. *Handbook of Self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press 2000; 369-416.

9) Leventhal, H., and Diefenbach, M. The active side of illness cognition. In: Skelton JA, Croyle RT, eds. *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer-Verlag 1991; 247-72.

10) Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Miller, L. et al. Illness representations: theoretical foundations. In: Petrie, K.J. and Weinman, J.A. (Eds.), *Perceptions of Health and Illness*, Harwood Academic Publishers, Singapore 1997; 19-46.

11) Rees, G., Fry, Cull, A., and Sutton, S. "Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer". *Journal of Psychology and Health* 2004; 19 (6): 749-765.

12) Meyer, D., Leventhal, H., and Gutman, M. "Common-sense models of illness: the example of hypertension". *Journal of Health Psychol*

محدودیت آن، استفاده از مقیاسهای خودسنج از جمله مقیاس ادراک بیماری بوده است. لذا این احتمال وجود داشت در صورتیکه این مطالعه با مقیاسهای غیر خودسنج انجام می شد نتایج متفاوتی بدست می آمد. محدودیت دوم این مطالعه، حجم نمونه نسبتاً کوچک آن بود. این محدودیت عمدتاً ناشی از دشواری در کسب رضایت بیماران به همکاری با مصاحبه گر و شرایط خاص بیماران بوده است.

سپاسگزاری

از کلیه پرسنل مرکز پرتودرمانی شهید رمضان زاده یزد که در جمع آوری داده‌های این مطالعه همکاری نموده اند صمیمانه قدردانی می شود.

منابع

- 1) American Cancer Society (2004). *Cancer facts and figures*.
- 2) Montazeri, A., Ebrahimi, M., Mehrdad, N., Ansari, M., and Sajadian, A. "Delayed presentation in breast cancer: A study in Iranian women". *BMC Women's Health* 2003; 3: 4.
- 3) Meechan, G., Collins, J., and Petrie, K. J. "The relationship of symptoms and psychological factors to delay in seeking medical care for breast symptoms". *Journal of Preventive Medicine* 2003; 36: 374-378.
- 4) Bish, A., Ramirez, A., Burgess, C., and Hunter, M. "Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms". *Journal of Psychosomatic Research* 2005; 58: 321-326.
- 5) Richards, M., Westcombe, A., Love, S. B., Littlejohns, P., and Ramirez, A.J. "Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review". *Lancet* 1999; 353: 1119-1126.

- Journal of the National Cancer Institute 1993; 85: 1129–1137.
- 21) Ramirez, A.J., Westcombe, A.M., Burgess, C.C., Sutton, S., Littlejohns, P., and MA Richards, M.A. "Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review" 1999; 353 (9159):1127–1131.
- 22) Arndt, V., Sturmer, T., Stegmaier, C., Ziegler, H., Dhom, G., and Brenner, H. "Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany—a population based study". *British Journal of Cancer* 2002; 86: 1034–1040.
- 23) Freeman, H. P., and Wasfie, T. J. Cancer of the breast in poor black women. *Cancer* 1989; 63: 2562–2569.
- 24) Richardson, J. L., Langholz, B., Bernstein, L., Burciaga, C., and Danley, K. Stage and delay in breast cancer diagnosis by race, socioeconomic status, age and year. *British Journal of Cancer* 1992; 65: 922–926.
- 25) Coates, R., Bransfield, D., Wesley, M., Hankey, B., Eley, J. W., Greenberg, R. S., Flanders, D., Hunter, C. P., Edwards, B. K., and Forman, M. Differences between black and white women with breast cancer in time from symptom recognition to medical consultation. *Journal of the National Cancer Institute* 1992; 84: 938–950.
- 26) MacArthur, C., and Smith, A. "Delay in breast cancer and the nature of the presenting symptom" 1981; 8220: 601–603.
- 27) Burgess, C.C., Potts, H.W.W., Hamed, H., Bish, A.M., Hunter, M.S., Richards, M.A., and Ramirez, A.J. "Why do older women delay presentation with breast cancer symptoms?" 1985, 4:115–35.
- 13) Lau, R.R. Cognitive representations of health and illness. In: Gochman DS, ed. *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants*. New York: Plenum 1997; 51– 69.
- 14) Petrie, K., and Weinman, J. "More focus needed on symptom appraisal". *Journal of Psychosomatic Research* 2003; 54: 401–493.
- 15) Buick, D.L. Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. In: Petrie, K.J. and Weinman, J.A. (Eds.), *Perceptions of Health and Illness*, Harwood Academic Publishers, Singapore 1997; 379–409.
- 16) Taylor, S.E., Lichtman, R.R. and Wood, J.V. "Attributions, beliefs about control and adjustment to cancer". *Journal of Personality and Social Psychology* 1984; 46: 489–502.
- 17) Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, L. "The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)". *Journal of Psychology and Health* 2002; 17: 1–16.
- (۱۸) مسعودنیا، بررسی تأثیر طبقه اجتماعی بر رفتار بیماری در بیماران آرتریت روماتوئید. رساله دکتری جامعه شناسی پزشکی، دانشگاه اصفهان ۱۳۸۴.
- 19) Burgess, C. C., Ramirez, A. J., Richards, M. A., and Love, S. B. Who and what influences delayed presentation in breast cancer. *British Journal of Cancer* 1998; 77: 1343–1348.
- 20) Hunter, C. P., Redmond, C. K., Chen, V. W., Austin, D. F., Greenberg, R. S., Correa, P., Muss, H. B., Forman, M. R., Wesley, M. N., and Blacklow, R. S. Breast cancer: Factors associated with stage at diagnosis in black and white women.

- Psychosomatic Research 2004; 56: 67-73.
- 36) Dracup, K., and Moser, D.K. "Beyond sociodemographics: factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction". *Journal of Heart Lung* 1997; 26 (4):253- 62.
- 37) Rushton, A.C., and Calnan, M. "Patients' action during their cardiac event: qualitative study exploring differences and modifiable factors". *British Medical Journal* 1998; 316: 1060-1064.
- 38) Horne, R., James, D., Petrie, K., and et al. "Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction". *Journal of Heart* 2000; 83 (4): 388-393.
- Journal of Psycho-Oncology* 2006; 15 (11): 962-968.
- 28) Leventhal, H., Leventhal, E.A., & Cameron, L. "Representations , procedures & affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model". In: Baum, A., Revenson, T.A., & Siger, G.E. (Eds), *Handbook of Health Psychology*, Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum 2001; 19-48.
- 29) Taylor, S.E. *Health psychology* (4th ed.). New York: MacGraw-Hill 1999.
- 30) Greer, S. "Psychological aspects: delay in the treatment of breast cancer". *Journal of the Royal Society of Medicine* 1974; 67: 470-473.
- 31) Magarey, C.J.T., Todd, P.B., and Blizzard. P.J. "Psychosocial factors influencing delay and breast self-examination in women with symptoms of breast cancer". *Social Science and Medicine* 1977; 11: 229-232.
- 32) Burgess, C., Hunter, M.S., and Ramirez, A.J. "A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer". *British Journal of General Practice* 2001; 51: 967-971.
- 33) Gardner, K.C.A. "Barriers to referral in patients with angina: qualitative study". *British Medical Journal* 1999; 319: 418-421.
- 34) Rosenstock, I.M. "The health belief model & preventative health behaviour". *Health Education Monographs* 1974; 3:354-386.
- 35) Walsh, J.C., Lynch, M., Murphy, A.W., and Daly, K. "Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction: An evaluation of the Self-Regulatory Model of illness behaviour". *Journal of*