



کاربرد مدل HBM (مدل اعتقاد بهداشتی) در بررسی آگاهی و نگرش زنان مراجعه کننده به مراکز شبکه بهداشت و درمان آذرشهر در ارتباط با پیشگیری از سرطان پستان در سال ۱۳۸۶

نویسندگان: لیلا جهانگیری* دکتر داود شجاعی زاده** دکتر محمود محمودی***

* کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

** استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** استاد گروه آمار دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

سرطان پستان شایعترین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان در سرتاسر جهان است. سرطان پستان ۳۰٪ از کل موارد بروز سرطان را در زنان تشکیل می دهد و عامل ۱۵٪ از مرگهای مربوط به سرطان در زنان است. سرطان پستان زنان ایرانی را حداقل ۱۰ سال جوان تر از زنان دیگر، در کشور های توسعه یافته گرفتار می کند. این مطالعه جهت تعیین سطح آگاهی و نگرش نسبت به بیماری سرطان پستان و روش های پیشگیری از آن با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی انجام شده است. تعیین سطح آگاهی و نگرش زنان جامعه با هدف برنامه ریزی جهت افزایش سطوح آگاهی و نگرش کمک شایانی در تشخیص زودرس بیماری داشته و در نهایت باعث کاهش مرگ و میر در زنان می گردد.

در یک مطالعه توصیفی تعداد ۱۸۱ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی از طریق نمونه گیری تصادفی انتخاب شده و با استفاده از پرسشنامه خود ساخته مورد مصاحبه قرار گرفتند. افراد در این مطالعه از نظر سن، میزان تحصیلات، وضعیت تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، سابقه خانوادگی سرطان پستان، سابقه بیماریهای پستان، منابع کسب اطلاعات و همچنین از نظر سطح دانش و نگرش در مورد سرطان پستان و روش های بیماریابی مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج از مطالعه بر روی ۱۸۱ نفر از زنان نشان می دهد که میانگین سن زنان $35/45 \pm 11/96$ و نمای سنی در رده سنی ۲۹-۲۵ قرار دارد اکثر افراد خانه دار و متاهل بوده و از تحصیلات متوسطه برخوردار بودند. در این بررسی ۸۷٪ از افراد دارای آگاهی ضعیف (کمتر از ۳۳/۳٪ کل نمره)، ۶/۸٪ آگاهی متوسط (نمره بین ۶۶/۶ - ۳۳/۳ از کل نمره) و ۶/۲٪ دارای آگاهی خوب (بالا تر از ۶۶/۶ کل نمره) بودند ($P < 0/05$). براساس چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی ۶۱/۱٪ افراد دارای نگرش مطلوب و ۳۸/۸٪ افراد دارای نگرش متوسط بودند ($P < 0/05$).

میزان آگاهی زنان از بیماری و روش های پیشگیری از آن ضعیف بوده ولی بر اساس اجزای مدل اعتقاد بهداشتی نگرش افراد مطلوب می باشد. با توجه به اهمیت معاینه کلینیکی پستان و آزمون خودآزمایی پستان در تشخیص زودرس این سرطان پیشنهاد می شود ضمن تاکید بیشتر بر اهمیت لزوم آموزش و ارتقای سطح دانش با توجه به زمینه های فرهنگی، خانوادگی عوامل موثر بر تغییر نگرش و آگاهی بررسی شده تا در نهایت به عملکرد و تشخیص زودرس بیماری دست یافت.

واژه های کلیدی

آگاهی - نگرش - پیشگیری - سرطان پستان - مدل اعتقاد بهداشتی

طلوع بهداشت

فصلنامه پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال ششم

شماره سوم و چهارم

پاییز و زمستان ۱۳۸۶

شماره مسلسل: ۲۲-۲۱



مقدمه

زنان در مراحل اولیه گسترش بیماری یعنی زمانی که اکثر آنها قابل درمان هستند تشخیص داده نمی شوند. در کشور های غربی به دلیل استفاده اکثریت بانوان از این روش ها میزان مرگ و میر از این بیماری به مقدار زیادی کاسته شده است (۸۹). متأسفانه در کشور های در حال توسعه چنین وضعیتی وجود ندارد (۱۰).

عواملی که مانع انجام خودآزمایی منظم پستان در زنان می شود شامل ندانستن اهمیت انجام متوالی معاینات ، ترس ، اضطراب و عدم خودآگاهی از چگونگی انجام صحیح خودآزمایی پستان می باشد (۱۱ و ۱۲).

مدل اعتقاد بهداشتی بطور گسترده در چارچوب مطالعات پژوهشی پیش بینی رفتار های مرتبط با سلامتی مورد استفاده قرار می گیرد (۱۳) و بعنوان چارچوب مرجع برای این مطالعه انتخاب شده است. مدل اعتقاد بهداشتی مدل جامعی است که بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد تا کنترل آن ، اما باید توجه داشت که مدل مذکور در پیشگیری ثانویه روی کنترل بیماری متمرکز است به طوری که به موجب این مدل هنگامی فرد عمل بهداشتی را انجام می دهد که تهدید ، حساسیت ، شدت بیماری و ارزش بهداشتی آن عمل را درک کند (۱۴).

روش بررسی

این مطالعه یک بررسی توصیفی است که بر روی ۱۸۱ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شبکه بهداشت و درمان آذرشهر انجام گرفت. در این مطالعه ابتدا میزان کل مراجعات هفتگی زنان به مراکز بهداشتی درمانی به تفکیک مراجعات به پزشک و بهداشت خانواده محاسبه شد و نسبت نمونه های مورد بررسی از کل نمونه مورد نظر در هر مرکز بدست آمد. نمونه ها به طور تصادفی از مراجعات زنان به مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند.

تعداد نمونه در این مطالعه بر اساس مطالعه پایلوت با در نظر گرفتن $d=0.05$ ، $\alpha=0.059$ ، $p=0.09$

سرطان پستان شایعترین سرطان در بین زنان می باشد (۱). تقریباً هر ۳ دقیقه یک مورد جدید سرطان پستان تشخیص داده می شود و هر ۱۱ دقیقه یک نفر در اثر بیماری جان خود را از دست می دهد (۲). سالانه بیش از یک میلیون موارد سرطان پستان در دنیا گزارش می شود که بیش از ۳۰۰ هزار نفر از این بیماران بر اثر این بیماری جان خود را از دست می دهند (۳). در ۲۰ سال گذشته میزان بروز سرطان پستان در حال افزایش است. بخشی از این افزایش به خاطر استفاده فزاینده از روش های غربالگری سرطان پستان می باشد. از طرف دیگر استفاده از غربالگری مناسب ، تشخیص زودرس و درمان موثر همراه با آن در مراحل اولیه سبب کاهش مرگ و میر در سال ۱۹۹۵-۱۹۹۰ گردیده است. در حقیقت تشخیص سرطان پستان در مراحل اولیه بقای ۵ ساله بیماران را تا ۹۷٪ افزایش می دهد (۴-۵).

در ایران نیز همانند سایر کشور های آسیایی در طول ۴۰ سال اخیر افزایش در میزان بروز سرطان پستان آن را یکی از شایعترین بدخیمی ها در بین زنان قرار داده است . سرطان پستان زنان ایرانی را حداقل ۱۰ سال جوانتر از زنان دیگر در همان گروه سنی، در کشور های توسعه یافته گرفتار می کند. میزان مرگ در سرطان پستان ۵/۸ در هر ۱۰۰،۰۰۰ زن در تهران در سال ۱۹۹۸ بوده است (۶).

از بین ۱۰ سرطان شایع در استان آذر بایجان شرقی در سال ۱۳۸۴ سرطان پستان با ۲۹/۵٪ شیوع ، شایعترین نوع سرطان را در بین زنان تشکیل می دهد. در استان تهران این میزان ۳۰/۷٪ می باشد. بالاترین میزان شیوع سرطان پستان در استان بوشهر با میزان ۳۵/۸٪ در همان سال است (۷).

اگر چه روش های مختلف نظیر معاینه ماهیانه توسط خود فرد (خودآزمایی) ، معاینه توسط پزشک و ماموگرافی برای تشخیص زودرس در دسترس هستند ولی متأسفانه سرطان پستان در تعداد قابل توجهی از



تا چهار بود، بر اساس مقیاس لیکرت بصورت طیف کاملاً موافقم (۴ امتیاز)، موافقم (۳ امتیاز)، مطمئن نیستم (۲ امتیاز) ، مخالفم (۱ امتیاز) و کاملاً مخالفم (۰ امتیاز) طبقه بندی شد. مجموع امتیازات بدست آمده از این عبارات در سه گروه مطلوب (۵۲-۳۵)، بدون نظر (۳۴-۱۷) و نامطلوب (کمتر از ۱۷) طبقه بندی گردید.

نتایج

در این بررسی ۱۸۱ نفر از زنان مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین و انحراف معیار سن آنان $35/45 \pm 11/96$ سال بود و اکثر زنان در سن ۳۵-۲۰ سال قرار داشتند (۶۰ درصد). از نظر تحصیلات ۶/۲ در صد بی سواد، ۲۵/۷ دارای تحصیلات ابتدائی، ۲۸/۷ در صد دارای تحصیلات در مقطع راهنمائی، ۳۵/۷ در صد دارای تحصیلات دیپلم و ۳/۷ در صد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. از نظر وضعیت تاهل ۹۳/۸ در صد افراد متاهل و ۶/۲ در صد از افراد همسر از دست داده و هیچ یک از مراجعه کنندگان مجرد نبودند. از نظر تعداد فرزندان ۳/۷ در صد بدون فرزند، ۳۲/۱ درصد دارای یک فرزند، ۲۹/۶ درصد دارای دو فرزند ۱۱/۱ در صد دارای سه فرزند و بقیه ۴ فرزند و بیشتر بودند. ۱۳/۶ در صد سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری در خویشاوندان را ذکر نمودند و ۲/۵ درصد از افراد سابقه ابتلا به بیماری را در خودشان داشتند. از نظر وضعیت شغلی ۹۲/۶٪ خانه دار و ۷/۴٪ کارمند بودند (جدول شماره ۱).

از نظر رتبه تولد ۳۸/۳ در صد فرزند اول، ۱۸/۵ درصد فرزند دوم، ۱۹/۸ درصد فرزند سوم، ۱۱/۱ درصد فرزند چهارم، ۴/۹ درصد فرزند پنجم و ۷/۴ درصد فرزند ششم و بالاتر ۷/۴ بودند.

در خصوص وجود بیماری در خویشاوندان زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی آذر شهر ۱/۲ درصد در خویشاوندان درجه یک (مادر و خواهر) ۲/۶ درصد در

با توجه به فرمول زیر تعداد ۱۵۹ نفر بدست آمد که با محاسبه ۱۵٪ نمونه های از دست رفته تعداد نمونه ۱۸۱ نفر برآورد گردید.

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \right)^2 P(1-P)}{d^2} = 159$$

جمع آوری اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه خود تنظیم، به روش مصاحبه با زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و توسط پرسشگران آموزش دیده صورت گرفت. اعتبار پرسشنامه مذکور با استفاده از مطالعات قبلی و بررسی منابع و با نظر خواهی از اساتید فن و روایی از طریق یک مطالعه ابتدایی بر روی ۱۰ نفر از جمعیت پایلوت تأیید گردید. پرسشنامه شامل سئوالات دموگرافیک (سن، میزان تحصیلات، شغل، سابقه خانوادگی سرطان پستان) سئوالات سنجش آگاهی، نگرش در خصوص پیشگیری از سرطان پستان (تغذیه و ورزش، خودآزمائی پستان)، علائم بیماری سرطان، زمان انجام خودآزمائی، غربالگری و سایر روش های تشخیص سرطان پستان بود. در این مطالعه سنجش میزان آگاهی هر فرد بوسیله ۲۳ سؤال که ۷ سؤال آن بصورت چهار جوابی و ۱۶ سؤال بصورت می دانم و نمی دانم، بود که در پاسخ به هر سؤال یک امتیاز تعلق می گرفت. معیار سنجش دانش زنان ، تعداد پاسخ های صحیح بود که از ۲۳-۰ امتیاز بندی شده بود. بطوریکه مجموع امتیازات بدست آمده در سه گروه خوب (۲۳-۱۶)، متوسط (۱۵-۸) ، ضعیف (نمره کمتر از ۸) طبقه بندی گردید.

سنجش نگرش افراد با استفاده از ۱۳ سؤال که با تاکید بر اجزای مدل اعتقاد به سلامتی یعنی حساسیت (۳ سؤال) نمره آن بین صفر تا ۱۲، شدت درک شده (۱ سؤال) که نمره آن بین صفر تا ۴ ، منافع درک شده (۴ سؤال) که نمره آن بین صفر تا ۱۶ و موانع درک شده (۴ سؤال) نمره آن بین صفر تا ۱۶ و راهنما برای عمل (یک سؤال) که نمره آن بین صفر



برای بررسی رابطه عوامل دموگرافیک (سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل و (سابقه فامیلی درجه ۲و۱ سرطان پستان) با میزان آگاهی شرکت کنندگان از سرطان پستان در این مطالعه، آنالیز رگرسیون لجستیک برای پنج متغیر آزموده شد که نتایج آنها در زیر آورده می شود. سن ($6/24 - 2/12$ CI ۹۵ درصد، $OR = 3/34$) و سطح تحصیلات ($4/45 - 2/37$ CI ۹۵ درصد، $OR = 3/38$) به عنوان مهمترین عوامل موثر بر آگاهی سرطان پستان مشخص گردیدند.

میزان آگاهی بطور معنی داری با سن ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات ($p < 0/001$)، تاهل ($p < 0/001$)، شغل ($p < 0/001$) رابطه معنی دار داشته ولی با سابقه فامیلی درجه ۲و۱ سرطان پستان ($0/54$) رابطه ای نداشته است.

خویشاوندان درجه دو (خاله و عمه) و ۸ در صد در سایر اقوام را ذکر نمودند.

از نظر دانش و آگاهی لازم در خصوص پیشگیری از سرطان پستان ۸۵/۵ در صد افراد دارای دانش ضعیف و ۶/۸ درصد افراد در سطح متوسط و ۶/۲ در صد دارای دانش خوب بودند. از نظر نگرش در چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی بطور کلی ۶۱/۱ در صد افراد دارای نگرش مطلوب و ۳۸/۸ در صد افراد دارای نگرش متوسط بودند.

اجزای نگرش که بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی طراحی شده شامل پنج جزء حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده و راهنمای عمل در بعد عوامل خارجی می باشد که نتایج بدست آمده از آن در این مطالعه به شرح زیر در جدول ۱ آمده است.

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافی زنان مراجعه کننده به مراکز شبکه بهداشت و درمان آذرشهر

| متغیر | تعداد | درصد | متغیر | تعداد | درصد | |
|-----------------|------------------|------------------|----------------|----------|-------|------|
| وضعیت تحصیلی | بی سواد | ۱۱ | مدت شیر دهی | ۲۲ | ۱۲ | |
| | ابتدائی | ۴۷ | ۰-۷ (ماه) | ۲۷ | ۱۵ | |
| | راهنمایی | ۵۲ | ۸-۱۱ (ماه) | ۶۴ | ۳۵/۵۵ | |
| | دیپلم | ۶۵ | ۱۲-۱۷ (ماه) | ۶۷ | ۳۷/۲۲ | |
| دانشگاهی | ۷ | ۱۸ به بالا (ماه) | | | | |
| وضعیت تاهل | مجرد | ۰ | شغل | خانه دار | ۱۶۲ | ۹۰ |
| | متاهل | ۱۷۳ | | کارمند | ۱۸ | ۱۰ |
| | مطلقه | ۰ | | | | |
| | همسر از دست داده | ۷ | | | | |
| ابتلا به بیماری | دارد | ۵ | سابقه خانوادگی | دارد | ۲۴ | ۱۳/۶ |
| | ندارد | ۱۷۵ | | ندارد | ۱۵۶ | ۸۶/۴ |



جدول شماره ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات اجزای نگرش در مدل HBM زنان مراجعه کننده به مراکز شبکه بهداشت و درمان آذرشهر در سال ۸۶

| انحراف معیار | میانگین | نگرش |
|--------------|---------|--------------------------|
| ۱/۰۲ | ۵/۳۳ | حساسیت درک شده |
| ۰/۹۸ | ۱/۶۷ | شدت درک شده |
| ۱/۹ | ۱۱/۲۴ | موانع درک شده |
| ۳/۰۷ | ۱۰/۲۲ | منافع درک شده |
| ۱/۷۱ | ۲/۶۳ | راهنمای عمل در بعد خارجی |

بحث

هدف از این مطالعه تعیین سطح آگاهی و نگرش زنان مراجعه کننده به مراکز شبکه بهداشت و درمان آذرشهر درباره سرطان پستان و روش های پیشگیری از آن می باشد. در این مطالعه سعی شده است ارتباط سطح آگاهی و نگرش زنان جامعه با سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل ارزیابی شود. بهبود سطح آگاهی و نگرش نسبت سرطان پستان در چارچوب مدل اعتقد بهداشتی می تواند نقش مثبت بر رفتارهای پیشگیرانه زنان جامعه داشته باشد.

این بررسی نشان می دهد که ۸۷/۵ درصد افراد از آگاهی مناسب نسبت به سرطان پستان و روش های پیشگیری از آن برخوردار نیستند و تنها ۶/۸ درصد افراد در سطح متوسط قرار داشتند. نتایج تحقیق معصومه عابد زاده و همکاران در سال ۱۳۸۰ نشان داد که ۶۷ درصد افراد از آگاهی لازم برخوردار نبودند (۱۵). نتایج تحقیق جوکار و غیائی در سال ۱۳۷۷ نشان داد که اکثریت زنان شهر ایلام ۵۷/۳ دارای آگاهی ضعیف و فقط ۱۱/۹ درصد دارای آگاهی خوب هستند (۱۶).

آگاهی از روش های صحیح خود آزمائی پستان و انجام آن می تواند منجر به تشخیص زود هنگام این بیماری

در مراحل اولیه و افزایش میزان بقای زنانی که سرطان پستان آنها تشخیص داده شده گردد (۱۷). متغیر های سن و سطح تحصیلات به عنوان عوامل تاثیر گذار بر میزان آگاهی از سرطان پستان در جمعیت مورد مطالعه بودند.

در مطالعه حاضر بیش از دو سوم زنان از زمان مناسب و لزوم انجام خود آزمائی پستان آگاهی نداشتند. نتایج این مطالعه با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد در آن مطالعات دلایل عدم خود آزمائی پستان به ترتیب اولویت ندانستن روش خود آزمائی پستان، اعتقاد نداشتن به انجام آن، نداشتن وقت، فراموش کردن، ترس از پیدا کردن غده و عدم موافقت همسر را ذکر کرده اند (۱۸، ۱۹ و ۲۰).

در حالی که بر اساس مطالعه غلامعلی گدازنده و همکاران در سال ۱۳۸۳ سطح آگاهی از سرطان پستان و برنامه های پیشگیری از آن ۲۸/۵ درصد خوب، ۶۷/۳ درصد متوسط و ۴/۲ درصد ضعیف بوده است که با نتایج تحقیق متفاوت است. به نظر می رسد علت بالاتر بودن سطح آگاهی در تحقیق گدازنده این باشد که بیشتر زنان مورد مطالعه در شهرستان ساری (۸۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم تا دانشگاهی داشتند.



در ارتباط با منافع درک شده در رابطه با بیماری سرطان پستان و روش های پیشگیری از آن میانگین نمرات ۱۰/۲۲ می باشد که تقریباً ۱۷/۲ درصد از افراد تحت بررسی قادر به کسب این نمره شدند و ۳۲/۳ درصد افراد نمره زیر میانگین و ۵۰/۵٪ افراد نمره بالای میانگین را کسب نمودند. حداکثر امتیاز در نظر گرفته شده جهت منافع درک شده زنان در رابطه با سرطان پستان و روش های پیشگیری از آن ۱۶ بود.

میانگین نمرات راهنمای عمل در بعد عوامل خارجی در زنان مراجعه کننده تحت بررسی در مورد سرطان پستان و روش های پیشگیری از آن ۲/۶۳ بوده که ۱۹/۲٪ افراد را شامل می شود ۳۹/۳٪ افراد نمره زیر میانگین و ۴۱٪ افراد نمره بالای میانگین را کسب کردند. نتایج بدست آمده از ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی با مطالعه تحویل‌داری که کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش خودآزمایی پستان در سال ۱۳۷۸ انجام شده همخوانی دارد. همین میزان از افراد منابع دریافت اطلاعات خود را کارمندان بهداشتی ذکر نموده اند به نظر می آید کارمندان بهداشتی جزئی عوامل معتبر ایجاد کننده آگاهی می توانند نقش مهمی در آموزش و پیشگیری از سرطان در بین کلیه افراد و قشر های جامعه باشند به خصوص در شهر های کوچکی که مردم تمام نیازهای بهداشتی و درمانی خود را از مراکز بهداشتی تامین میکنند پرسنل بهداشتی ارتباط موثر و کارائی را در این زمینه می توانند با مراجعان داشته باشند.

در ارتباط با میزان همبستگی بین آگاهی و موانع درک شده بیماری سرطان پستان در زنان تحت بررسی همبستگی مستقیم و معنی داری با $(r=0/35)$ و $(p<0/001)$ وجود دارد. این ارتباط بین آگاهی و منافع درک شده $(r=0/27)$ و $(p<0/007)$ ، بین آگاهی و حساسیت درک شده $(r=0/35)$ و $(p<0/001)$ ، بین آگاهی و شدت درک شده $(r=0/26)$ و $(p<0/001)$ بوده است. نتایج بدست آمده از ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی با مطالعه تحویل‌داری که

در حالی که در این تحقیق بیشتر زنان ۶۰/۴ در صد افراد دارای تحصیلات ابتدائی و راهنمائی بودند که همین اختلاف سطح تحصیلات می تواند بر روی سطح دانش دو گروه تاثیر بگذارد (۲۱). همچنین نتایج تحقیق نشان داد که اکثریت زنان (۶۱/۱ درصد) دارای نگرش مطلوب و ۳۸/۸ درصد دارای نگرش بی نظر نسبت به سرطان پستان و پیشگیری از آن در چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی بودند که با نتایج تحقیق عابد زاده و همکاران همسان است (۱۵). همچنین نتایج این مطالعه با بررسی Georgia R Sadler در خصوص آگاهی، نگرش و رفتارهای غربالگری سرطان پستان نتایج مشابه داشته که در این مطالعه ۹۴/۰۸ در صد از زنان نگرش مثبت نسبت به بیماری سرطان پستان و روش های پیشگیری از آن داشتند (۱۳).

در بررسی اجزای نگرش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی حساسیت درک شده نسب به سرطان پستان و روش های پیشگیری از آن، میانگین امتیازات برای این جزء ۵/۳۳ می باشد که تقریباً ۱۸/۲ درصد افراد نمره میانگین را کسب کردند و ۲۸/۲ در صد نمره زیر میانگین و ۵۳/۶ درصد افراد نمره بالای میانگین را کسب نمودند. نتایج نشان می دهد که افراد از حساسیت بالاتری نسبت به بیماری سرطان پستان و روش های پیشگیری از آن برخوردار هستند، با توجه به اینکه عوامل ایجاد کننده سرطان پستان متعدد بوده و در برخی موارد نیز نامشخص است (۳) داشتن حساسیت بالا (خود را در معرض خطر دیدن) در پیشگیری از سرطان پستان از عوامل مهمی است که در برنامه های آموزشی برای پیشگیری و ایجاد رفتار در خصوص پیشگیری از این بیماری گنجانده می شود. در ارتباط با موانع درک شده میانگین نمرات ۱۱/۲۴ بوده است که ۴٪ افراد را شامل می شود و ۵۱/۵ در صد افراد نمره زیر میانگین و ۴۵/۵ در صد افراد نمره بالای میانگین را کسب کردند. موانع درک شده از کلیدی ترین اجزای مدل اعتقاد بهداشتی است که پیش بینی کننده انجام عمل در فرد است (۲۲).



References

- ۱-Screeningfor Breast cancer. Available from: [http://www.who.int/cancer/detection/Breast cancer/en/](http://www.who.int/cancer/detection/Breast%20cancer/en/).
- ۲-Hunt Kelley K,Robb G.et al .“Breast cancer”New York: Springer– Verlag ۲۰۰۱;۲۲.
- ۳-Breast Cancer international Research Group .Docetaxel Improves survival and Reduces of Relapse in women Health nood positive Breast cancer. word medical Journal May ۲۰۰۲;۴۳(۳): ۴۰
- ۴-Donegal William L.Soratt Johns” Cancer of Breast” fifth Edith. Philadelphia:saunders ۲۰۰۲; ۱۱۱
- ۵-Ghanbary A,Atrkar roshan Z. comparing of education by chart and booklet on learning of nursing students about breast self examination.gilan university journal,medical faculty ۲۰۰۳;۱۲(۴۸) [Persian].
- ۶-Mousavi S M,Montazeri A. Breast cancer in Iran: An Epidemiological Review.Black well press, The Breast journal ۱۳(۴). [Persian].
- ۷-Center of Disease Control, Noncommunicable Deputy,Cancer Control Office “Iranian Annual of National Cancer Registration Report ۲۰۰۴.
- ۸-Ries LAG,Eiser Mp. SEER Cancer statistics review ۱۹۷۵-۲۰۰۰.

کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش خودآزمایی پستان در سال ۱۳۷۸ انجام شده همخوانی دارد(۲۳). در ارتباط با بعد عوامل خارجی ۸۳ در صد از افراد منابع دریافت اطلاعات خود را کارمندان بهداشتی ذکر نموده اند به نظر می آید کارمندان بهداشتی جزئی عوامل معتبر ایجاد کننده آگاهی می تواند نقش مهمی در آموزش و پیشگیری از سرطان در بین کلیه افراد و قشر های جامعه باشد به خصوص در شهر های کوچکی که مردم تمام نیازهای بهداشتی و درمانی خود را از مراکز بهداشتی تامین میکنند پرسنل بهداشتی ارتباط موثر و کارائی را در این زمینه می توانند با مراجعان داشته باشند.

نتیجه گیری

در این مطالعه میزان آگاهی و نگرش زنان پایین ارزیابی شد. چون تشخیص زودرس سرطان پستان موجب کاهش مرگ و میر زنان می شود و از طرفی بهترین و با صرفه ترین روش در شناخت زودرس سرطان پستان به کارگیری راهکار های برنامه آموزش و پیشگیری است. بنابراین تدوین برنامه های آموزشی در رابطه با خود آزمائی ماهانه پستان و گذراندن دوره های آموزشی جهت ارتقا سطح آگاهی زنان در مورد تشخیص زودرس سرطان پستان و انجام صحیح و مرتب آن ضروری است.

بدین منظور پیشنهاد می گردد برنامه های آموزشی مناسب در مورد افزایش آگاهی های مربوط به سرطان پستان و روش های تشخیص زودرس آن طراحی گردد و کلاس های آموزشی برگزار و خدمات مربوط به تشخیص زودرس و درمان به موقع از طریق سیستم شبکه های بهداشت و درمان ایجاد و در دسترس قرار گیرد.

قدردانی

نویسندگان این مقاله از مسئولین و معاونین دانشگاه علوم پزشکی تبریز و کارشناسان شبکه های بهداشتی و درمانی آذر شهر که در اجرای هر چه بهتر این پروژه ما را یاری کردند تشکر و قدر دانی می نماید.



- ۹-Parkin DM, Bray FI. Cancer burden in the year ۲۰۰۰ : The global Picture. Eur J cancer oct ۲۰۰۱; ۳۷ suppl :۸۵۴-۶۶.
- ۱۰-Lu zj. variables associated with breast self – examination among Chinese women. journal Cancer Nurse feb ۱۹۹۵; ۸(۱): ۲۹-۳۴.
- ۱۱- Petro,nustas W.Health behavior and lifestyle factors of patients with Breast cancer. Cancer. Nurs Jun ۲۰۰۲; ۲۵(۳):۲۱۹.
- ۱۲- Bostick RM, Sprafka JM, Virjin BA, Potter JD. Knowledge, Attitudes and personal practices regarding prevention and early detection of cancer. Prev Med Jan ۱۹۹۳; ۲۲(۱): ۶۵-۶۸.
- ۱۳- Salder GR, Dhanjel SK, Shah NB, ko c, Anghel M.Asian Indian woman: Knowledge, Attitudes and behaviours toward breast cancer early detection.Public Health nurse sep-oct ۲۰۰۱; ۱۸(۵):۳۵۷-۶۳.
- ۱۴- Shojaezade D.Behaviour Models in Health Education, Ministry of Health and Medical Education, Health Deputy ۲۰۰۰.
- ۱۵- Abed zade M. Knowledge and attitudes of women reffering to Health centers in Kashan of prevention of Breast cancer and early detection. Feyz journal ۲۰۰۳; ۲۶ [Persian].
- ۱۶-Jokar F. Knowledge and attitudes of women about prevention of breast cancer in Ilam.ilam med journal ۲۰۰۰; ۹(۲۶,۲۷) [Persian].
- ۱۷- Harris R, Leininger L. Clinical strategies for breast cancer screening: weighing and using the evidence. Ann Intern Med Apr ۱۹۹۵; ۱۲۲(۷):۵۳۹-۴۷
- ۱۸-Bostick RM, Sprafka JM, Virnig BA, Potter JD. Knowledge, attitudes and personal practices regarding prevention and early detection of cancer. Prev Med Jan ۱۹۹۳; ۲۲(۱): ۶۵-۸.
- ۱۹- Manfredi C, Warnecke RB, Graham S, Rosenthal S. Social Psychological correlates of health behaviour: knowledge of breast self-examination techniques among black women. Soc Sci Med Apr ۱۹۷۷; ۱۱(۶-۷): ۴۳۳-۴۰۰.
- ۲۰- Thomas EC. African American women's breast memories, cancer beliefs, and screening behaviors. Cancer Nurs ۲۰۰۴; ۲۷(۴): ۲۹۵-۳۰۲.
- ۲۱- Godazande GH . Knowledge and attitudes of women >۱۵ about prevention of breast cancer in Sari.Mazandaran med jornal ۲۰۰۶; ۱۶(۵۶) [Persian].
- ۲۲-Theory at a Glance.A Guide for Health promotion practice. Us



department Human services,National
Institute of Health.second Edition.

۲۳- Tahvildari S. Using of Health

belief model in breast self
Examination.tesis for Phd Tehran
Tarbeiat modares university ۱۹۹۹.



Application of HBM Model on Studying of Knowledge and Attitude of Women Referring to Health Centers of Azarshahr about Prevention of Breast Cancer by Using of Health Belief Model, ۱۳۸۵- ۸۶

Jahangiry L*(M.Sc)- Shojaeizade D **(Ph.D)- .Mahmoody M**(Ph.D)

**Master of Science in Tehran University of Medical Science.*

***Full Professor in Tehran University of Medical Science.*

Abstract

Breast cancer is one of the most frequent malignancies among women in the world. Rate of total incidence of breast cancer is ۳۰٪ and ۱۵٪ of mortal cancers in women is attributed to breast cancer. In Iran, breast cancer affects women at least one decade younger than their counterparts in the developed countries. This study determined knowledge and attitude of women about prevention of breast cancer. It could contribute to a considerable reduction in the number of women with late stage diagnoses and subsequently, the breast cancer mortality rate among them.

In this descriptive study ۱۸۱ women participated (randomized sampling). They referred to Health Centers for taking health services. A questionnaire was developed for this study. All women answered questions about age, literacy, history of breast cancer in job, marital status and their knowledge and attitudes about prevention of breast cancer and screening.

Age mean of the women was 35.45 ± 11.96 and age mode was ۲۵-۲۹ years old. In this study ۸۷٪ of women had low knowledge (less than ۳۳,۳٪ of total score), ۶,۸٪ middle knowledge (۳۳,۳- ۶۶,۶٪ of total score) and ۶,۲٪ had good knowledge (more than ۶۶,۶ of total score) ($p < 0.05$). Based on the framework of Health Belief Model ۶۱٪ had optimal attitude and ۳۸,۸ had middle attitude ($p < 0.05$).

knowledge of women is low but based on HBM model their attitude is optimal. Data from this study reflect a continuing need for increased breast cancer education for women by paying attention to cultural and family factors affecting on knowledge and attitudes of them and accessing to early detection and practice.

Key words: Knowledge-Attitude-Prevention-Breast Cancer-Health Belief Model