مقاله اصیل پژوهشی

آگاهی، نگرش و عملکرد زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی زابل نسبت به خودآزمایی پستان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی (سال ۱۳۸۸)

ابوذر محمودی[۱]، عباسعلی رمضانی[۲]

چکیده

زمینه و هدف: سرطان سینه شایعترین سرطان منجر به مرگ در جهان است. بروز بیماری بیست مورد در هر ده هزار نفر جمعیت زنان ایرانی است. تشخیص زودهنگام آن می‌تواند با درمان بهتری همراه باشد. مطالعه حاضر با هدف سنجش عوامل تأثیرگذار بر انجام خودآزمایی پستان با استفاده از مدل اعتقاد سلامتی انجام شد.

روش تحقیق: این مطالعه توصیفی- تحلیلی به صورت مقطعی و با استفاده از پرسشنامه‌های مبتنی بر اجزای مدل اعتقاد سلامتی بر روی۲۴۶ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی زابل در سال ۱۳۸۸ انجام شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تی مستقل، کای اسکوئر و آنالیز واریانس یک‌طرفه در سطح معنی داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از پایین‌بودن سطح آگاهی و عملکرد افراد در مورد خودآزمایی پستان بود. افراد در سطح متوسطی از نظر درک زیرمجموعه‌های مدل اعتقاد سلامتی بودند؛ همچنین میزان درک حساسیت، خطر درک‌شده، فواید و موانع درک‌شده، انگیزه‌های سلامتی و اعتماد به نفس در انجام خودآزمایی پستان در گروهی که این رفتار را می‌دانستند و انجام می‌دادند، بیشتر بود. ارتباط آماری معنی‌داری بین انجام خودآزمایی و سابقه فامیلی مثبت سرطان پستان وجود داشت.

نتیجه‌گیری: آگاهی بیشتر از بیماری‌ها و درک صحیح‌تری از استعداد به درگیری و شدّت عوارض حاصله با در نظر گرفتن فواید و موانع، می‌تواند سبب ایجاد رفتار بهداشتی مناسب گردد؛ بنابراین طراحی و اجرای برنامه‌های مختلف آموزشی و مداخله‌ای در مراکز آموزشی و بهداشتی در ارتقای آگاهی‌های عمومی در رابطه با رفتارهای پیشگیرانه از بیماری‌ها و بخصوص خودآزمایی، ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: معاینه شخصی پستان، سرطان‌های پستان، آگاهی

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند. ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۶۵-۷۲

دریافت: ۱۳۸۹/۰۴/۱۴ اصلاح نهایی: ۱۳۸۹/۱۲/۱۵ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۴/۱۹

[۱] نویسنده مسؤول، کارشناس ارشد اموزش بهداشت، عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، ایران
آدرس: زابل- خیابان شهید رجایی- مجتمع آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زابل
تلفن: ۰۹۱۷۳۰۱۵۴۴۸ نمابر: ۰۵۴۲۲۲۲۳۹۴۳ پست الکترونیکی: aboozar.616@yahoo.com
[۲] کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، ایران

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

سرطان پستان شایعترین سرطان منجر به مرگ در سراسر جهان است (۱). مهمترین علت مرگ و میر در زنان آسیایی سرطان است (۲). در کشورهای پیشرفته غربی از هر هشت زن یک نفر مستعد ابتلا به سرطان پستان است (۳)؛ همچنین به نظر می‌رسد در خاورمیانه نیز این بیماری رو به افزایش است (۴). سرطان پستان دومین سرطان شایع در زنان ایرانی (۵) و بیماری شایع هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای در حال توسعه است (۶).

در مقایسه با کشورهای غربی به نظر می‌رسد این بیماری در سنین پایین‌تری در ایران اتفاق می‌افتد (۴). آمار قابل اعتمادی در مورد میزان سرطان پستان در ایران نیست اما یک آمار غیر رسمی بروز بیماری را بیست مورد در هر ده هزار نفر جمعیت زنان نشان می‌دهد (۷).

از آنجا که تشخیص زودهنگام آن می‌تواند با درمان بهتری همراه باشد و در نتیجه خطر مرگ را کاهش دهد، انجام آزمون‌های غربالگری برای تشخیص سریع، اقدامی حیاتی است (۳). سه گزینه برای غربالگری سرطان پستان وجود دارد: ماموگرافی، معاینه توسط پزشک و خودآزمایی. اگر چه ماموگرافی می‌تواند دقیق‌ترین گزینه باشد اما بدان معنا نیست که دیگر گزینه‌ها فایده‌ای ندارند (۸).

انجمن سرطان آمریکا بیان می‌کند که هر زن می‌بایست بداند که وضعیت طبیعی پستان‌ها چگونه است و بتواند هر گونه تغییر در بافت آن را تشخیص داده، به پزشک خود اطلاع دهد (۹). زنانی که خودآزمایی پستان را انجام می‌دهند، شانس بیشتری برای یافتن توده‌های پستان در مراحل اولیه را دارند (۹). خودآزمایی برای تشخیص زودهنگام سرطان پستان مهمترین عامل در بالا رفتن امکان درمان است (۱۰).

انجمن سرطان آمریکا، ۲۴٪ کاهش مرگ و میر را در یک برنامه غربالگری خودآزمایی سرطان پستان در زنان بالای چهل سال گزارش کرده است (۳). فواید دیگری نیز برای خودآزمایی پستان می‌توان برشمرد؛ نظیر اقتصادی‌بودن، ساده و غیر تهاجمی بودن آن و ... (۱۱)؛ همچنین انجام آن برای مناطق روستایی و کشورهای در حال توسعه می‌تواند گزینه مناسبی باشد (۱۲).

انجام خودآزمایی پستان به آگاهی و اعتقادات بهداشتی افراد در مورد سلامت پستان بستگی دارد. داشتن اطلاعات مناسب و اعتقادات مثبت بهداشتی می‌تواند به انجام خودآزمایی پستان منجر گردد (۸). مشخص کردن میزان آگاهی عموم جامعه و باورهای بهداشتی در رابطه با رفتار خودآزمایی پستان، می‌تواند در طراحی یک برنامه پیشگیری از سرطان پستان مؤثر باشد (۴). عوامل شناختی نقش مهمّی در رفتارهای بهداشتی و بخصوص خودآزمایی پستان دارند (۱۴،۱۳).

مدل اعتقاد سلامتی[۱] به شکل گسترده‌ای برای سنجش اعتقادات بهداشتی در رابطه با رفتارهای غربالگری سرطان مورد استفاده قرار گرفته است؛ این مدل، یک مدل شناختی است که سعی در شناسایی الگوهای رفتارهای بهداشتی دارد (۱۵). به منظور سنجش باورهای سلامتی در رابطه با برنامه‌های غربالگری سرطان پستان Champion و Miller مدل اعتقاد سلامتی را اصلاح کردند و به کار بردند؛ بر اساس این مدل، انجام خودآزمایی پستان تحت تأثیر شش مفهوم کلّی قرار دارد که عبارتند از: ۱- درک حساسیت یا میزان شانس درگیری به یک بیماری، ۲- درک شدّت خطر یا میزان و شدّت عوارض و عواقب یک بیماری، ۳- درک فواید یا نتایج مثبت ناشی از یک رفتار بهداشتی، ۴- درک موانع یا نتایج منفی و مزاحمت‌های پیش روی انجام یک عمل بهداشتی، ۵- انگیزه‌های کلّی فرد برای سلامتی و ۶- اعتماد به نفس فرد در انجام و اجرای رفتار پیشگیرانه (۱۶)

هنگامی که فرد درک صحیحی از میزان حساسیت و شانس خود به درگیری با سرطان پستان داشته باشد و با عوارض و عواقب بیماری آشنا باشد و فواید بیشتری در انجام این عمل پیشگیرانه ببیند و موانع کمتری بر سر راه انجام این رفتار داشته باشد، تمایل بیشتری برای در پیش گرفتن این رفتار خواهد داشت؛ در آخر داشتن باورها و انگیزه‌های مثبت برای سلامتی و داشتن اعتماد به نفس مناسب برای انجام این رفتار، به انجام این عمل توسط فرد کمک خواهد کرد (۱۶).

این پژوهش با هدف تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی زابل نسبت به خودآزمایی پستان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در سال ۱۳۸۸ انجام شد.

---

[۱] *Champions health belief model*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

روش تحقیق

در این مطالعه مقطعی ۲۴۶ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهر زابل در بهار سال ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا از هر منطقه بهداشتی، درمانی شهر زابل یک مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب شد؛ سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی آسان، پس از توضیح اهداف مطالعه و اطمینان نسبت به محرمانه‌بودن اطلاعات، زنانی که تمایل به همکاری داشتند، وارد مطالعه شدند و پرسشنامه به صورت مصاحبه حضوری توسط سه نفر دانشجوی پرستاری که آموزش لازم را طیّ سه جلسه یک ساعتی دیده بودند، تکمیل گردید.

به منظور ارزیابی شرکت‌کنندگان از مدل فارسی مدل اعتقاد سلامتی چامپیون استفاده گردید؛ این پرسشنامه از سه قسمت تشکیل شده است؛ قسمت اول مربوط به اطلاعات فردی، قسمت دوم در مورد چگونگی انجام خودآزمایی پستان و این که آیا انجام می‌دهند یا نه و قسمت آخر شامل مدل اصلاحی اعتقاد سلامتی چامپیون است؛ این قسمت شامل شش زیرمجموعه است؛ درک حساسیت (۵ سؤال)، خطر درک‌شده (۷ سؤال)، درک فواید (۶ سؤال)، درک موانع (۶ سؤال)، اعتماد به نفس در انجام خودآزمایی پستان (۱۰ سؤال) و انگیزه‌های سلامتی (۶ سؤال). برای نمره‌دهی به پاسخ افراد از مقیاس لیکرت استفاده گردید؛ نمره «۱» برای شدیداً مخالف و نمره «۵» برای شدیداً موافق در نظر گرفته شد.

به منظور سنجش روایی از روش اعتبار محتوا استفاده گردید؛ در این خصوص پرسشنامه به تأیید پنج نفر از متخصصین امر رسید. برای سنجش پایایی، یک مطالعه پیش‌آزمایی بر روی بیست نفر که شرایط جامعه اصلی پژوهش را داشتند، انجام شد. مقدار آلفا کرونباخ برای پایایی همه زیرمجموعه‌های مدل ۶۹/. تا ۸۲/. بود.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۳) و آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و کای اسکوئر و در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سنّ افراد مورد مطالعه ۷/۷۱±۲۸/۲ سال بود و در محدوده سنّی ۱۸ تا ۵۵ سال قرار داشتند. ۱۹۴ نفر (۷۸/۹٪) متأهل بودند و ۲۲ نفر (۸/۹٪) سابقه فامیلی سرطان پستان داشتند. از نظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی (۳۹٪) دیپلم بود. ۸۶ نفر (۳۵٪) از چگونگی انجام خودآزمایی پستان آگاهی داشتند ولی فقط ۱۶ نفر (۶/۵٪) به شکل مرتب و ۲۴ نفر (۱۷/۹٪) به صورت نامرتب و گه‌گاه، خودآزمایی را انجام می‌دادند. ارتباط معنی‌دار آماری بین سابقه فامیلی مثبت از سرطان پستان و انجام خودآزمایی پستان مشاهده گردید اما بین سن، وضعیت زناشویی و میزان تحصیلات ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد (جدول ۱).

شرکت‌کنندگان از نظر نمرات درک حساسیت، خطر درک‌شده، موانع و انگیزه سلامتی در حدّ متوسط و از نظر نمرات درک فواید و اعتماد به نفس در سطح نسبتاً بالاتری قرار داشتند.

بین گروه‌هایی که خودآزمایی را انجام می‌دادند و کسانی که انجام نمی‌دادند، همچنین بین کسانی که به نظر خودشان آگاهی داشتند و کسانی که آگاهی نداشتند، در هر شش زیرمجموعه مدل اعتقاد بهداشتی چامپیون تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت (جدول ۲ و ۳)؛ امّا تفاوت آماری معنی‌داری بین گروهی که به شکل مرتب خودآزمایی پستان را انجام می‌دادند و گروهی که به شکل نامرتب و گه‌گاه انجام می‌دادند، از نظر درک زیرمجموعه‌های مدل اعتقاد بهداشتی وجود نداشت (P>۰/۵).

بر اساس مقایسه میانگین نمرات زیرمجموعه‌های مدل اعتقاد بهداشتی چامپیون در گروه‌های مختلف از نظر تحصیلات فردی سابقه فامیلی مثبت، وضعیت زناشویی، سطح تحصیلات، تفاوت آماری معنی‌داری برای درک حساسیت در بین دو گروه با سابقه فامیلی مثبت و بدون سابقه فامیلی وجود داشت (P=۰/۰۰۱).

تفاوت آماری معنی‌دار برای خطر درک‌شده در گروه‌های مختلف وجود نداشت. از نظر فواید درک‌شده تفاوت آماری معنی‌داری در گروه‌های مختلف از نظر تحصیلات مشاهده شد؛ به عبارت دیگر افراد با سطح تحصیلات بالاتر، درک بیشتری از فواید داشتند (P=۰/۰۰۱) و فقط بین گروه‌های دارای سابقه فامیلی از نظر اعتماد به نفس (P=۰/۰۰۱) و انگیزش سلامتی (P=۰/۰۰۱) اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده گردید.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۱- مقایسه انجام خود آزمایی پستان در افراد مورد مطالعه بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر		خودآزمایی انجام می‌دهد.		خودآزمایی انجام نمی‌دهد.		سطح معنی‌داری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
وضعیت تحصیلی:	زیر دیپلم	۸	۱۳/۸	۵۰	۸۶/۲	P=۰/۰۶
	دیپلم	۲۴	۲۵/۰۰	۷۲	۷۵/۰۰	
	دانشجو و فوق دیپلم	۱۰	۲۳/۸	۳۲	۷۶/۲	
	لیسانس و بالاتر	۱۸	۳۶/۰۰	۳۲	۶۴/۰۰	
وضعیت زناشویی:	متأهل	۴۴	۲۲/۷	۱۵۰	۷۷/۳	P=۰/۲۲
	مجرّد	۱۶	۳۰/۸	۳۶	۶۹/۲	
سابقه فامیلی:	مثبت	۱۶	۷۲/۷۲	۶	۲۷/۳	P≤۰/۰۰۱
	منفی	۴۴	۱۹/۶	۱۸۰	۸۰/۴	

جدول ۲- مقایسه آگاهی افراد مورد مطالعه بر اساس نظر آنان

اجزا	آگاهی دارد.	آگاهی ندارد.	سطح معنی‌داری
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
درک حساسیت	۳/۹۶±۱۲/۶۸	۲/۷۵±۹/۴۶	P<۰/۰۰۱
شدّت خطر	۴/۶۹±۱۸/۵۰	۵/۰۶±۱۶/۳۰	P<۰/۰۰۱
فواید	۳/۷۵ ±۲۳/۳۶	۴/۴۴±۲۰/۳۹	P<۰/۰۰۱
موانع	۳/۹۱±۱۱/۷۰	۴/۱±۱۴/۹۱	P<۰/۰۰۱
انگیزه‌های سلامتی	۶/۶۷ ±۳۴/۶۶	۷/۱۷±۲۸/۴۳	P<۰/۰۰۱
اعتماد به نفس	۳/۵۶±۲۲/۱۶	۳/۱۲±۱۹/۵۶	P<۰/۰۰۱

جدول ۳- مقایسه عملکرد افراد مورد مطالعه در مورد خودآزمایی پستان به تفکیک اجزای مدل اعتقاد بهداشتی

اجزای اعتقاد بهداشتی	خودآزمایی انجام می‌دهد.	خودآزمایی انجام نمی‌دهد.	سطح معنی‌داری
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
درک حساسیت	۳/۰۸±۱۴/۱۰	۳/۱۱±۹/۶۲	P<۰/۰۰۱
شدّت خطر	۳/۷۳±۱۹/۲۳	۵/۲۱±۱۶/۴۰	P<۰/۰۰۱
فواید	۲/۹۹±۲۴/۲۳	۴/۴۶±۲۰/۵۶	P<۰/۰۰۱
موانع	۳/۹۵±۱۱/۷	۴/۰۷±۱۴/۶۳	P<۰/۰۰۱
انگیزه‌های سلامتی	۶/۷۱±۳۵/۲۰	۷/۲۳±۲۹/۱۹	P<۰/۰۰۱
اعتماد به نفس	۳/۴۲±۲۲/۵۷	۳/۲۷±۱۹/۸۲	P<۰/۰۰۱

بحث

در این پژوهش میانگین سنّ افراد مورد مطالعه ۷/۲±۲۸/۲ سال بود که نشان می‌دهد زنان در این سن می‌توانند گروه‌های هدف مناسبی برای برنامه‌های پیشگیری از سرطان پستان باشند. از آنجا که از میان برنامه‌های غربالگری، خودآزمایی پستان روشی با کارایی بالا برای افراد جوان است (۱۷) و نیز در تحقیق شماره ۲ برنامه ملّی غربالگری کانادا (CNBSS2) گزارش شده است که در کشور های نظیر ایران سرطان پستان یک مشکل رو به افزایش است، آموزش چگونگی انجام خودآزمایی پستان و عوامل خطرآفرین سرطان پستان می‌تواند برنامه‌ای برای پیشگیری از سرطان پستان باشد (۱۸). نتایج نشان می‌دهد که ۸/۹٪ از افراد سابقه فامیلی از سرطان پستان را گزارش کرده‌اند که از آمار ارائه‌شده در ایران بالاتر است (۷). بر اساس نتایج این پژوهش، افراد با سابقه مثبت فامیلی، تمایل بیشتری برای انجام

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

خودآزمایی داشتند؛ اما این یافته با گزارش‌های قبلی در ایران همخوانی ندارد (۷،۴). هر چند نتایج یک مطالعه در ترکیه نشان می‌دهد که زنان با سابقه مثبت از سرطان پستان در مقایسه با افرادی که سابقه مثبت ندارند، تقریباً دوازده برابر بیشتر تمایل به انجام خودآزمایی دارند (۳).

در تحقیق حاضر ارتباط آماری معنی‌داری بین سطح تحصیلات و خودآزمایی پستان وجود نداشت؛ این یافته با پژوهش انجام‌شده در شیراز همخوانی دارد (۴)؛ گویا با افزایش درگیری زنان در تحصیلات عالیه در چند دهه اخیر، این امر در افزایش سواد سلامتی درباره سرطان پستان مؤثر نبوده؛ شاید به این دلیل که این دوره‌های تحصیلی جهت مهیاکردن اطلاعات مفید سلامتی طراحی نشده‌اند (۴). در مطالعه‌ای با همین هدف در ترکیه نیز تفاوت آماری معنی‌داری بین سطح آموزش و انجام خود آزمایی پستان گزارش نشد؛ هر چند آنها اشاره دارند که با افزایش سطح تحصیلات میزان خودآزمایی تا مقداری افزایش یافته و ممکن است حجم نمونه پایین اثر منفی در این زمینه داشته باشد (۳).

در این تحقیق فقط ۳۵/۸٪ از نمونه‌ها از چگونگی انجام صحیح خودآزمایی پستان آگاهی داشتند. این مقدار تقریباً شبیه گزارش‌های قبلی از دیگر مطالعات انجام‌شده در این زمینه است (۲۰،۱۹،۷)؛ همچنین زنان مسلمان ترکیه‌ای نیز سطح آگاهی پایینی در مورد انجام خودآزمایی پستان داشتند (۳).

در مطالعه حاضر میزان انجام خودآزمایی پستان نیز از سطح پایینی برخوردار بود؛ این میزان در تحقیق انجام‌شده بر روی کارکنان بهداشتی در تهران (۲۱) و نیز معلمین زن ایرانی پایین گزارش شده است (۷)؛ این یافته با چند مطالعه مشابه همخوانی دارد (۲۰،۱۹)؛ هرچند مطالعه‌ای در شیراز این میزان را مقداری بالاتر گزارش کرده است (۴).

نتایج این پژوهش نشانگر درک حساسیت، شدّت خطر، موانع و انگیزه‌های سلامتی در سطح متوسطی بود ولی درک مشارکت‌کنندگان از فواید و اعتماد به نفس در انجام خودآزمایی تا حدّی بالا بود؛ این یافته‌ها می‌تواند دلیلی برای پایین‌بودن میزان انجام خودآزمایی پستان باشد. بر اساس مدل اعتقاد سلامتی چمپیون درک متوسط از موانع وحساسیت و شدّت خطر می‌تواند بر رفتار بهداشتی در جهت منفی تاثیرگذار باشد (۱۶).

در مطالعه حاضر میزان درک از حساسیت، شدّت خطر، انگیزه‌های سلامتی، اعتماد به نفس در انجام خودآزمایی پستان در گروهی که آگاهی داشتند و خودآزمایی را انجام می‌دادند، بیشتر از گروهی بود که آگاهی نداشتند و انجام نمی‌دادند؛ همچنین میزان درک از موانع در گروه با آگاهی از انجام خودآزمایی پستان کمتر از گروه بدون آگاهی بود. این یافته‌ها توسط مدل اعتقاد سلامتی پشتیبانی می‌شود؛ در چند مطالعه دیگر نتایجی مشابه گزارش شده است (۲۳،۲۲).

در مطالعه‌ای بر روی زنان عرب نیز پایین‌بودن میزان خودآزمایی پستان در گروه با درک پایین‌تر از فواید و درک زیاد از موانع گزارش شده است (۱۰). مطالعه انجام‌شده در ترکیه نیز درک انگیزه‌های سلامتی و اعتماد به نفس در انجام خودآزمایی پستان را در گروهی که خودآزمایی را انجام می‌دهند، بالاتر گزارش کرده است؛ همچنین گزارش شده است که درک از حساسیت، انگیزه‌های سلامتی و فواید درک‌شده و اعتماد به نفس در انجام خودآزمایی پستان در افراد انجام‌دهنده این رفتار غربالگری به شکل مشخصی بیشتر از افرادی است که این رفتار را انجام نمی‌دهند (۱۱)؛ اما در مطالعه مشابه دیگری در ترکیه، از بالاتر بودن درک افراد تحت پژوهش از زیرمجموعه‌های مدل اعتقاد سلامتی در گروه انجام‌دهنده این رفتار غربالگری گزارشی ارائه نشده است (۳).

نتیجه‌گیری

با وجود آن که سرطان پستان دومین سرطان شایع در زنان ایرانی است و در ایران در سنّی پایین‌تر به نسبت آمار جهانی بروز می‌کند اما برنامه مدوّن و مناسبی برای پیشگیری از این بیماری در ایران اجرا نمی‌شود. میزان آگاهی و انجام رفتارهای غربالگری در زنان جامعه ایرانی پایین است. آموزش‌های دانشگاهی و مدارس نتوانسته‌اند اطلاع‌رسانی مناسب و باورهای صحیحی در رابطه با این مشکل ایجاد کنند. مراکز بهداشتی به عنوان مهمترین مسؤول آگاهی‌رسانی بهداشتی، موفقیت چندانی نداشته‌اند و موانع فرهنگی عاملی دیگر برای پایین‌بودن اطلاع‌رسانی همگانی از طریق رسانه‌های ارتباط جمعی بوده است. دانستن این که چگونه می‌توان باورهای صحیحی را در مورد پیشگیری از بیماری‌ها شکل داد و این باورها را ارتقا بخشید،

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

می‌تواند کلید رفتارهای پیشگیرانه در جامعه باشد. کارکنان بهداشتی باید توانایی‌های خود را در درگیرکردن افراد مراجعه‌کننده در برنامه‌های آموزش افزایش دهند. تحصیلات دبیرستانی و دانشگاهی می‌تواند نقشی مؤثرتر در افزایش آگاهی عمومی داشته باشند.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده نقش برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای مراکز آموزشی در ارتقای آگاهی‌های عمومی در رابطه با رفتارهای پیشگیرانه از بیماری‌ها و بخصوص خودآزمایی پستان مورد ارزیابی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

با تشکر از همه افرادی که در این مطالعه شرکت کردند و همچنین تمام همکارانی که در جمع‌آوری اطلاعات همکاری نمودند.

منابع:

1- Demirkiran F, Balkaya NA, Memis S, Turk G, Ozvurmaz S, Tuncyurek P. How do nurses and teachers perform breast self-examination: are they reliable sources of information? BMC Public Health. 2007; 5 (7): 96.

2- Wu TY, West B, Chen YW, Hergert C. Health beliefs and practices related to breast cancer screening in Filipino, Chinese and Asian-Indian women. Cancer Detect Prev. 2006; 30 (1): 58-66 .

3- Avci IA. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. Eur J Oncol Nurs. 2008; 12 (2): 127-33.

4- Simi A, Yadollahie M, Habibzadeh F .Knowledge and attitudes of breast self-examination in a group of women in Shiraz, southern Iran. Postgrad Med J. 2009; 85 (1004): 283-87.

5- Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A, Momtahen AJ. Breast cancer in Iran: results of a multi-center study. Asian Pac J Cancer Prev. 2004; 5 (1): 24-27.

6- Dündar PE, Ozmen D, Oztürk B, Haspolat G, Akyildiz F, Coban S, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer. 2006; 24 (6): 43.

7- Jarvandi S, Montazeri A, Harirchi I, Kazemnejad A. Beliefs and behaviours of Iranian teachers toward early detection of breast cancer and breast self-examination. Public Health. 2002; 116 (4): 245-49.

8- Adenike O , Vivian O. Knowledge, attitudes and practice of breast cancer screening among female health workers in a Nigerian urban city. BMC Cancer. 2009; 25 (9): 203.

9- Lee EH. Breast self-examination performance among Korean nurses. J Nurses Staff Dev. 2003; 19 (2): 81-87.

10- Cohen M, Azaiza F. Early breast cancer detection practices, health beliefs, and cancer worries in Jewish and Arab women. Prev Med. 2005; 41 (5-6): 852-58.

11- Canbulat N, Uzunb O. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. Eur J Oncol Nurs. 2008; 12 (2): 148-56.

12- Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. J Adv Nurs. 2001; 33 (5): 677-88.

13- Bates B .The breast and axillae, a guide to physical examination and history taking. 4th ed. New York: Lippincott; 1987.

14- Cohen M. First-degree relatives of breast cancer patient; cognitive perception, coping and adherence to breast self examination .Behave Med. 2002; 28 (1): 15-22.

15- Champion VL. Instrument development for the health belief model constructs. ANS Adv Nurs Sci. 1984; 6 (3): 73-85.

16- Champion VL, Miller TK. Variables related to breast self-examination: Model generation. Psychol Women Q. 1992; 16 (1): 81-96.

17- Maurer F. A peer education model for teaching breast self-examination to undergraduate college women. Cancer Nurs. 1997; 20 (1): 49-61.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

18- Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. Canadian National Breast Screening Study-2: 13-year results of a randomized trial in women aged 50-59 years. J Natl Cancer Inst. 2000; 92 (18): 1490-99.

19- Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2006; 43 (2): 161-71.

20- Friedman LC, Moore A, Webb JA, Puryear LJ. Breast cancer screening among ethnically diverse low-income women in a general hospital psychiatry clinic. Gen Hosp Psychiatry. 1999; 21 (5): 374-81.

21- Haji-Mahmoodi M, Montazeri A, Jarvandi S, Ebrahimi M, Haghighat S, Harirchi I. Breast self-examination: knowledge, attitudes, and practices among female health care workers in Tehran, Iran. Breast J. 2002; 8 (4): 222-25.

22- Hacihasanoğlu R, Gözüm S. The effect of training on the knowledge levels and beliefs regarding breast self-examination on women attending a public education centre. Eur J Oncol Nurs. 2008; 12 (1): 58-64.

23- Bowen DJ, Alfano CM, McGregor BA, Andersen MR. The relationship between perceived risk, affect, and health behaviors. Cancer Detect Prev. 2004; 28 (6): 409-17.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

Abstract *Original Article*

Study of knowledge, attitude, and practice of presenting women to Zabol health centers with regard to breast self examination by Using health belief model (in 2009)

A. Mahmoodi[1], A.A. Ramazani[2]

Background and Aim: Breast cancer is the most common cause of cancer related deaths worldwide. The incidence is 20 new cases per 100000 Iranian women in year. It seems that early breast cancer detection can be associated with better treatment. The aim of this study is to find the factors that influence Breast self examination practice with using health belief model.

Materials and Methods: This descriptive study was carried out cross-sectionally on 246 women in Zabol who referred to health care centers in 2009.we used a questionnaire according to health belief model to get information. Descriptive statistic, t test, χ^2 and One Way ANOVA was used to analysis the data. P value was set at <0.05

Results: Knowledge and practice of breast self examination of participants was rather low. They were at a medium level of perception on six health belief model subscales. There were significant disparities on health belief subscale between participants who had knowledge and performed breast self examination and the participants who did not. There was significant correlation between positive family history of breast cancer and performing breast self examination.

Conclusion: Good information and correct perception of involvement vulnerability and complications in addition to benefits and obstacles can lead to adequate health behavior. So it seems necessary to devise and implement various educational and interventional programs in Health Centers to promote public awareness regarding preventive behaviors and particularly self examination.

Key Words: Breast self-examination, Health knowledge, Attitudes, Practice, Breast neoplasms, Early detection of cancer, Awareness

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2011; 8 (2): 65-72

Received: July 05, 2010 Last Revised: March 06, 2011 Accepted: July 10, 2011

[1] *Corresponding Author, M.Sc. in Health Education, Faculty of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran aboozar.616@yahoo.com*
[2] *M.Sc. in Epidemiology, Faculty of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]