

# مراحل تغییر و میزان پیش بینی کنندگی سازه خودکارآمدی در انجام رفتار خودآزمایی پستان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران سال ۱۳۹۰

دکتر اشرف پیراسته<sup>۱</sup>، کبری خواجوی شجاعی<sup>۲\*</sup>، ناهید خلدی<sup>۲</sup>، دکتر علی دواتی<sup>۳</sup>

۱. استادیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. مربی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۳. دانشیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۷/۱۳

## خلاصه

**مقدمه:** سرطان پستان، یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان به شمار می‌رود و تشخیص زودهنگام بیماری، نقش مهمی در پیش آگهی دارد. خودآزمایی پستان، یک روش ساده برای تشخیص زودرس است. عوامل مختلفی در انجام خودآزمایی پستان مؤثر هستند. خودکارآمدی، عامل پیش بینی کننده مهمی در تصمیم گیری افراد در انجام رفتارهای بهداشتی می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین خودکارآمدی زنان در مورد خودآزمایی پستان و ارتباط آن با سطح تغییر رفتار بر اساس الگوی بین نظریه ای انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی تحلیلی و مقطعی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۲۰۳ نفر از زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران انجام شد. اطلاعات توسط پرسشنامه محقق ساخته که شامل سه بخش: فردی، سازه خودکارآمدی و سؤالات تعیین مراحل تغییر رفتار بود، جمع آوری شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های آماری کای دو، تی مستقل، همبستگی اسپیرمن و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** بین سطح تحصیلات زنان و انجام خودآزمایی پستان ارتباط معنی داری وجود نداشت ( $p=۰/۶۵$ )، ولی بین وضعیت شغلی افراد و مرحله تغییر رفتار خودآزمایی پستان ارتباط معناداری مشاهده شد ( $p<۰/۰۱۸$ )؛ به گونه ای که احتمال انجام خودآزمایی پستان در زنان خانه دار، ۲/۶۴ برابر بیشتر از زنان شاغل بود. همچنین بین خودکارآمدی زنان مورد مطالعه و مراحل انجام خودآزمایی پستان ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p<۰/۰۰۱$ ) و احتمال انجام خودآزمایی پستان در زنانی که خودکارآمدی بالاتری داشتند، ۱/۱۷ برابر بیشتر از سایر زنان بود. **نتیجه گیری:** با تقویت خودکارآمدی در زنان، رفتار خودآزمایی پستان در آنان افزایش می یابد.

**کلمات کلیدی:** خودکارآمدی، خودآزمایی پستان، رفتار

\* نویسنده مسئول مکاتبات: کبری خواجوی شجاعی؛ گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۶۴۷۹۲، پست الکترونیک: prskhajavi@yahoo.com

## مقدمه

امروزه سرطان پستان، یکی از شایع ترین سرطان‌های منجر به مرگ در زنان در سراسر جهان به شمار می‌رود. سرطان پستان از نظر میزان ابتلاء، ۳۱ درصد سرطان‌ها و از نظر مرگ و میر، ۱۹ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان در زنان محسوب می‌شود. داده‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که در آمریکا، یک زن از هر ۸ زن و در اروپا، یک زن از هر ۱۰ زن در طول زندگی به سرطان پستان مبتلا می‌شوند. شیوع این بیماری در ایران در حال افزایش است و افراد مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با بیماران مشابه در کشورهای غربی، حدود ۱۰ سال جوان‌تر هستند. متأسفانه آمار دقیقی از مبتلایان به این بیماری در ایران وجود ندارد، اما بر اساس اطلاعات غیر رسمی، میزان بروز این بیماری، ۲۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار زن می‌باشد (۱). با افزایش سن، خطر ابتلاء به سرطان پستان افزایش می‌یابد (۲). عوامل اصلی که خطر سرطان پستان را در زنان افزایش می‌دهند شامل: برخی جهش‌های ژنتیکی ارثی، سابقه شخصی یا فامیلی سرطان پستان و هیپرپلازی می‌باشد. سایر عوامل شامل: سابقه طولانی قاعدگی (شروع زود هنگام و یا خاتمه دیر هنگام قاعدگی)، چاقی بعد از یائسگی، مصرف اخیر قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری، هورمون‌تراپی بعد از یائسگی، نداشتن بچه یا بچه دار شدن بعد از ۳۰ سالگی، ویژگی‌های نژادی، قرار گرفتن در معرض اشعه و مصرف نوشیدنی‌های الکلی به میزان یک یا دو بار در روز می‌باشند (۳). تراکم زیاد بافت پستان (که یک مقیاس ماموگرافی برای نشان دادن مقدار بافت غده‌ای نسبت به بافت چربی پستان است)، یک خصیصه شناخته شده است که میزان کشف سرطان پستان را در معاینه بالینی کاهش می‌دهد. عواملی که سرطان پستان را کاهش می‌دهند شامل: شیردهی، فعالیت بدنی متوسط یا شدید و حفظ وزن طبیعی بدن می‌باشند (۲).

تشخیص زودهنگام و درمان سریع سرطان پستان در مراحل ابتدایی بیماری، نقش مهمی در بهبود پیش‌آگهی مبتلایان و کاهش میزان مرگ و میر در اثر این بیماری دارد (۴). ماموگرافی، معاینه بالینی و خودآزمایی

پستان، روش‌های پیشگیری ثانویه هستند که جهت غربالگری در کشف اولیه سرطان پستان به کار می‌روند (۲). خودآزمایی پستان یک روش ساده، مؤثر و ارزان جهت غربالگری و تشخیص زودرس سرطان پستان است که برای اکثر زنان نیز قابل دسترسی می‌باشد. انجمن سرطان آمریکا، انجام ماهانه و مداوم خودآزمایی پستان را به زنان بالای ۲۰ سال به ویژه برای سنین بالای ۳۵ سال توصیه می‌کند. زنان در صورت مشاهده یا احساس هر گونه تغییری در پستانشان، باید فوراً به پزشک مراجعه کنند (۵، ۶).

اگر چه خودآزمایی پستان، تنها روش پیشگیری قابل انجام برای زنانی است که دسترسی کافی به مراقبت‌های بهداشتی - درمانی ندارند، ولی تنها تعداد محدودی از زنان به انجام این کار مبادرت می‌کنند و برخی زنان هم نمی‌دانند که چگونه باید خودآزمایی پستان را انجام دهند. عوامل مختلفی ممکن است در انجام یا عدم انجام خودآزمایی پستان مؤثر باشد. در آموزش بهداشت از الگوهای مختلفی برای مطالعه رفتار بهداشتی استفاده می‌شود (۷).

نظریه‌های روانشناختی متعددی سعی کردند تا رفتار آدمی را تبیین کنند. تئوری شناختی اجتماعی، یکی از این نظریه‌هاست. بندورا در سال ۱۹۶۰ این نظریه را در مورد عملکرد آدمیان مطرح کرد و از نظر او، شخص، محیط و رفتار، بر هم تأثیر متقابل دارند و هیچ کدام از این سه جزء را نمی‌توان جدا از اجزای دیگر به عنوان تعیین‌کننده رفتار انسان به حساب آورد (۸).

تئوری شناختی اجتماعی، خصوصاً برای مربیان بهداشت جالب است زیرا به شرح و پیش بینی رفتار انسان بر حسب ارتباط متقابل دائمی بین تعیین‌کننده‌های فردی، رفتاری و محیطی می‌پردازد (۹).

یکی از سازه‌های مهم این نظریه، خودکارآمدی است. بندورا، خودکارآمدی را قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش برای انجام یک عمل می‌داند و همچنین معتقد است که خودکارآمدی، عامل پیش‌بینی‌کننده مهمی در تصمیم‌گیری افراد در انجام رفتارهای بهداشتی می‌باشد و می‌تواند فرد را به اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر برای سلامت قادر سازد (۱۰).

## روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی و مقطعی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۳۰۲ نفر از زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه بر اساس نسبت، ۳۰۲ نفر تخمین زده شد. جهت برآورد حجم نمونه، با توجه به اینکه مقدار  $p$  برای روش های مختلف غربالگری در مطالعات داخلی و خارجی متفاوت بود، مقدار  $p$  بر اساس مطالعه راهنمای محقق ( $p=25\%$ ) در نظر گرفته شد و با احتساب  $d=0/05$ ، حجم نمونه ۲۸۸ نفر محاسبه شد. برای رسیدن به تعداد نمونه محاسبه شده و جبران پرسشنامه هایی که به صورت کامل یا صحیح تکمیل نشده بودند، تعداد ۲۰ نمونه بیشتر گرفته شد و ۶ پرسشنامه ناکامل از مطالعه حذف شد، در نهایت نفر ۳۰۲ در مطالعه شرکت کردند. نمونه ها به روش آسان و در دسترس از بین زنان مراجعه کننده به سه مرکز از مراکز بهداشتی درمانی شمال، مرکز و شرق تهران در بهمن سال ۱۳۹۰ انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل: مراجعه به واحد بهداشت مادر و کودک و رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. زنان باردار، شیرده و زنانی که به سرطان پستان مبتلا بودند، از مطالعه خارج شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه ای که شامل سه بخش بود، جمع آوری شد. بخش اول؛ شامل مشخصات شخصی افراد مورد مطالعه بود و شامل متغیرهای سن، شغل و وضعیت تحصیلی افراد بود. بخش دوم؛ پرسشنامه محقق ساخته تعیین سطح خودکارآمدی افراد در خودآزمایی پستان بود. این پرسشنامه شامل ۸ سؤال و بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت بود که از "مطمئنم نمی توانم" تا "مطمئنم می توانم" متغییر بود. نحوه امتیازدهی به سازه خودکارآمدی بدین صورت بود که به هر سؤال، یک نمره تعلق می گرفت و در مجموع حداقل نمره، ۸ و حداکثر نمره، ۴۰ بود. جهت تعیین روایی ابزارهای مورد استفاده، از پانل خبرگان و جهت بررسی پایایی مقیاس های مورد استفاده، از آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد. سؤالات پرسشنامه در بخش خودکارآمدی اختصاصی با تغییر در سؤالات خودکارآمدی عمومی، بومی سازی شد و با استفاده از مطالعات مشابه و نظرات

خودکارآمدی بر روی احساسات، افکار و اعمال فرد مؤثر است و اگر فردی معتقد باشد که می تواند کاری را انجام بدهد، احتمال موفقیتش در آن کار بیشتر می شود (۱۱). خودکارآمدی مختص موقعیت های مختلف، متفاوت است (۱۲). در مورد خودآزمایی پستان، مسائل مختلفی مانند ارتباط با پزشک، انجام صحیح خودآزمایی، استمرار خودآزمایی و مقابله با مشکلات احتمالی مطرح می شود (۱۳). نظریه های مختلفی در الگوشناسی تغییر رفتار مطرح شده اند که بر اساس آنها، افراد برای تغییر رفتارها از جمله رفتارهای سلامتی در مراحل مختلف آمادگی قرار دارند و به طور کلی در همه این نظریه ها، سه مرحله پیش از تصمیم گیری، تصمیم گیری و انجام رفتار وجود دارد (۱۴).

پروچاسکا و همکاران (۱۹۸۳)، در الگوی بین نظریه ای، برای پیشرفت در تغییر رفتار (رفتار تهدید کننده سلامت یا رفتار سالم) پنج مرحله را در نظر می گیرند که شامل: پیش تفکر، تفکر، تدارک یا آمادگی، عمل و حفظ یا نگهداری می باشد (۱۵، ۱۶).

نقش اصلی مدل فرانظری این است که تعیین کننده های مدل های روانی اجتماعی را با آمادگی فردی برای تغییر رفتار همراه می کند. مطالعات نشان داده اند که نگرش ها، نفوذ اجتماعی، خودکارآمدی و منافع و موانع درک شده، در تغییر دادن تفاوت های رفتاری بر اساس مراحل تغییر و در هر مرحله به مرحله دیگر، نقشی اساسی دارند (۱۷). در زمینه مبانی علمی و منطقی تلفیق مدل و تئوری در این مطالعه باید اشاره کرد که جهت تأثیرگذاری گسترده تر، توصیه می شود در مطالعات تغییر رفتار و برنامه ریزی آموزش بهداشت، از ترکیب دو مدل و تئوری و یا بیشتر استفاده شود (۱۸).

در مطالعه حاضر محققین با تهیه پرسشنامه، سطح خودکارآمدی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران را در مورد خودآزمایی پستان ارزیابی کرده و ارتباط آن را با سطح تغییر رفتار بر اساس الگوی بین نظریه ای مورد ارزیابی قرار دادند تا با شناخت بیشتر عوامل تأثیرگذار (مانند خودکارآمدی) در انجام رفتارهای بهداشتی از جمله خودآزمایی پستان، بتوانند به ارتقاء سلامت زنان کشورمان کمک کنند.

مقیاس تعیین مرحله انجام خودآزمایی پستان در بخش تجزیه و تحلیل داده ها به صورت دو طبقه پیش از عمل (مراحل پیش تفکر، تفکر و آمادگی (انجام نداده)) و عمل (مراحل عمل و حفظ (انجام داده)) در نظر گرفته شد. به منظور گردآوری داده‌ها، پرسشگران پس از ارائه توضیحاتی به افراد در مورد اهداف مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات و عدم نیاز به نوشتن نام و نشان بر روی پرسشنامه ها، افراد در صورت رضایت وارد مطالعه شدند و پرسشنامه ها از طریق مصاحبه تکمیل شدند. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های آماری همبستگی کای دو، تی مستقل، اسپیرمن و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

در این مطالعه، ۳۰۲ نفر از زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران مورد بررسی قرار گرفتند. بیشترین فراوانی افراد مورد مطالعه از نظر سن، گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال (۳۶/۷۵٪) و از نظر تحصیلات، دیپلم (۳۶/۴۲٪) و از نظر شغل، خانه دار (۵۹/۹۴٪) بود (جدول ۱).

پانل خبرگان، طراحی شد. به منظور تعیین پایایی مقیاس، پرسشنامه در بین ۳۰ نفر از نمونه ها توزیع شد و سؤالاتی که با حذف آنها، ضریب آلفا افزایش می یافت، مشخص و حذف شدند و در نهایت ضریب آلفای قابل قبول (۰/۶۵) به دست آمد و پرسشنامه نهایی جهت تعیین خودکارآمدی نمونه ها مورد استفاده قرار گرفت. بخش سوم پرسشنامه؛ شامل سؤالات تعیین مرحله انجام خودآزمایی پستان در مقیاس مراحل تغییر بر اساس الگوی بین نظریه ای و شامل ۵ مرحله پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و حفظ رفتار بود. جهت تعیین پایایی مقیاس، از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد و مشخص شد که مقیاس از پایایی قابل قبولی (۰/۷۳) برخوردار است. با این مقیاس، قصد و تصمیم فرد در انجام یا عدم انجام خودآزمایی پستان با انتخاب یک مرحله از ۵ مرحله تغییر مشخص می شد. سؤال اصلی این بخش با این جمله "آیا شما معمولاً خودآزمایی پستان را انجام می دهید؟" و با انتخاب یکی از پاسخ های زیر مرحله انجام خودآزمایی پستان فرد تعیین می شد. ۱) خیر، در ۶ ماه آینده نیز قصد ندارم خودآزمایی پستان را انجام دهم. ۲) خیر، اما در ۶ ماه آینده قصد دارم خودآزمایی پستان را انجام دهم. ۳) خیر، اما در ۳۰ روز آینده قصد دارم خودآزمایی پستان را انجام دهم. ۴) بله، کمتر از ۶ ماه است که خودآزمایی پستان را انجام دهم. ۵) بله، بیشتر از ۶ ماه است که خودآزمایی پستان را انجام دهم.

جدول ۱- توزیع فراوانی متغیرهای فردی زنان مورد مطالعه

| متغیرهای فردی  | فراوانی | درصد  |
|----------------|---------|-------|
| سن (سال)       |         |       |
| ۲۰-۲۹          | ۸۲      | ۲۷/۱۵ |
| ۳۰-۳۹          | ۱۱۱     | ۳۶/۷۵ |
| ۴۰-۴۹          | ۵۹      | ۱۹/۵۵ |
| ≥ ۵۰           | ۵۰      | ۱۶/۵۵ |
| سطح تحصیلات    |         |       |
| زیر دیپلم      | ۸۸      | ۲۹/۱۴ |
| دیپلم          | ۱۱۰     | ۳۶/۴۲ |
| بالتر از دیپلم | ۱۰۴     | ۳۴/۴۴ |
| شغل            |         |       |
| خانه دار       | ۱۸۱     | ۵۹/۹۴ |
| شاغل           | ۱۲۱     | ۴۰/۰۶ |
| جمع            | ۳۰۲     | ۱۰۰/۰ |

نتایج مطالعه در زمینه مراحل تغییر رفتار خودآزمایی پستان نشان داد که اکثر افراد مورد مطالعه در مرحله پیش تفکر و تفکر قرار داشتند (۶۱/۲٪). همچنین ۲۲۳ نفر (۷۳/۸٪) افراد در مرحله پیش عمل (مجموع مراحل

جدول ۲- توزیع فراوانی مراحل تغییر انجام خودآزمایی پستان در زنان مورد مطالعه

| مراحل تغییر | فراوانی | درصد  |
|-------------|---------|-------|
| پیش تفکر    | ۹۴      | ۳۱/۱  |
| تفکر        | ۹۱      | ۳۰/۱  |
| آمادگی      | ۳۸      | ۱۲/۶  |
| عمل         | ۳۷      | ۱۲/۳  |
| بقاء        | ۴۲      | ۱۳/۹  |
| جمع         | ۳۰۲     | ۱۰۰/۰ |

دیگری آموزش دهم" و کمترین میانگین، مربوط به سؤال: "می توانم سؤالات خود را در مورد نحوه صحیح انجام خودآزمایی پستان از پزشک بپرسم" بود (جدول ۳).

نتایج مطالعه در زمینه میانگین سؤالات مقیاس خودکارآمدی در زنان مورد مطالعه نشان داد که بیشترین میانگین، مربوط به سؤال: "مطمئن هستم که می توانم به طور مؤثری خودآزمایی پستان را به شخص

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار مقیاس خودکارآمدی در زنان مورد مطالعه

| انحراف معیار | میانگین | گزینه های خودکارآمدی  |
|--------------|---------|---|
| ۱/۴۷         | ۲/۸۰    | می توانم سؤالات خود را در مورد نحوه صحیح انجام خودآزمایی پستان از پزشک بپرسم.                   |
| ۱/۳۹         | ۳/۴۳    | مطمئن هستم که می توانم بدون کمک دیگران خودآزمایی پستان را انجام دهم.                            |
| ۱/۳۶         | ۳/۱۰    | برخلاف نظر دوستان و آشنایان در مورد خودآزمایی پستان، مصمم هستم که خودآزمایی پستان را انجام دهم. |
| ۱/۲۴         | ۳/۳۶    | اگر تلاش کنم می توانم ماهانه و به طور منظم خودآزمایی پستان را انجام دهم.                        |
| ۱/۳۱         | ۳/۴۹    | مطمئن هستم که می توانم با وجود مشغله های زندگی خودآزمایی پستان را انجام دهم.                    |
| ۱/۲۸         | ۳/۵۸    | به خاطر تبحر و تجربه ام می توانم خیلی خوب خودآزمایی پستان را انجام دهم.                         |
| ۱/۳۶         | ۳/۲۹    | اگر در معاینه مورد مشکوکی لمس کنم می توانم آرامش خود را حفظ کنم و به پزشک مراجعه کنم.           |
| ۱/۲۹         | ۳/۷۶    | مطمئن هستم که می توانم به طور مؤثری خودآزمایی پستان را به شخص دیگری آموزش دهم.                  |

وضعیت شغلی افراد و مرحله تغییر رفتار خودآزمایی پستان ارتباط معناداری مشاهده شد ( $P < 0/018$ )، به گونه ای که احتمال انجام خودآزمایی پستان در زنان خانه دار، ۲/۶۴ برابر بیشتر از زنان شاغل (فاصله اطمینان ۵۶/۵-۱/۲۶) بود. بین خودکارآمدی زنان مورد مطالعه و مراحل انجام خودآزمایی پستان، ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ( $P < 0/001$ ) و احتمال انجام خودآزمایی پستان در زنانی که خودکارآمدی بالاتری داشتند، ۱/۱۷ برابر بیشتر از سایر زنان (فاصله اطمینان ۲۲-۱/۱) بود (جدول ۴).

در مرحله آنالیز، زنان از نظر انجام خودآزمایی پستان به دو گروه خودآزمایی پستان انجام نمی دهند (در مرحله پیش عمل) و خودآزمایی پستان انجام می دهند (در مرحله عمل) تقسیم شدند و به منظور تعیین اثر متغیرها بر انجام خودآزمایی پستان، از مدل رگرسیون لوجستیک استفاده شد. بر اساس نتایج رگرسیون لوجستیک، بین سطح تحصیلات زنان و انجام خودآزمایی پستان ارتباط معنی داری وجود نداشت ( $P = 0/65$ ) (جدول ۴). بر اساس جدول ۴، احتمال انجام خودآزمایی پستان توسط زنان ۴۹-۴۰ ساله، بیش از ۳ برابر زنان ۵۰ ساله و مسن تر (فاصله اطمینان ۹/۰۷-۱/۱۴) بود. همچنین بین

جدول ۴- نتایج رگرسیون لجستیک اثر متغیرهای تحصیلات، سن و شغل و امتیاز خودکارآمدی بر انجام خودآزمایی پستان

| متغیرها طبقه بندی | نسبت شانس | فاصله اطمینان ۹۵٪ | سطح معنی داری |
|-------------------|-----------|-------------------|---------------|
| زیر دیپلم         | ۰/۶۸      | ۰/۲۴-۱/۹۲         | ۰/۴۷۰         |
| سطح تحصیلات       | دیپلم     | ۰/۸۴              | ۰/۶۵۰         |
| بالاتر از دیپلم   | رفرانس    |                   |               |
| سن                | ۲۰-۲۹     | ۰/۷۷-۳/۴۹         | ۰/۱۹۳         |
|                   | ۳۰-۳۹     | ۰/۶۱-۴/۴۲         | ۰/۳۲۰         |
|                   | ۴۰-۴۹     | ۱/۱۴-۹/۰۷         | ۰/۰۲۷         |
|                   | ≥۵۰       |                   |               |
| شغل               | خانه دار  | ۱/۲۶-۵/۵۶         | ۰/۰۱۸         |
|                   | شاغل      |                   |               |
| امتیاز خودکارآمدی | ۱/۱۷      | ۱/۱-۱/۲۲          | < ۰/۰۰۱       |

خودکارآمدی بالای افراد مورد مطالعه و نتیجه تأثیر آموزش‌های مداوم خودآزمایی پستان در مراکز بهداشتی درمانی می‌باشد. خودکارآمدی، از جمله باورهایی است که زنان را در انجام این آزمون توانمند می‌سازد و مطالعات در این زمینه نشان داده‌اند که خودکارآمدی بالای افراد، باعث شده تا آنها در سطوح بالای مراحل تغییر رفتار قرار گیرند (۲۴-۲۶).

در مطالعه حاضر، بین مراحل پنج‌گانه تغییر رفتار و خودکارآمدی، ارتباط معنی‌داری وجود داشت و با پیشرفت افراد در طول مراحل تغییر رفتار از مرحله پیش‌تفکر تا مرحله ابقاء، بر میزان خودکارآمدی آنان نیز افزوده می‌شد که با نتایج مطالعه کریمی‌طربقه و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی داشت. مطالعه کریمی‌طربقه و همکاران (۲۰۰۹) در زمینه رابطه بین خودکارآمدی و مراحل تغییر رفتار تمرینی دانشجویان نشان داد که بین خودکارآمدی دانشجویان با مراحل تغییر رفتار تمرینی آنان ارتباط معنی‌داری وجود دارد، و اینکه از طریق خودکارآمدی، می‌توان احتمال تغییر مرحله رفتار را نیز پیش‌بینی کرد (۲۷).

مطالعه مظلومی و همکاران (۲۰۱۰) با مقایسه بین میانگین خودکارآمدی و مراحل تغییر نشان داد که با افزایش در طول مراحل تغییر رفتار از مرحله پیش‌تفکر تا مرحله آمادگی، میزان خودکارآمدی رفتار نیز افزایش می‌یابد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۸). نتایج مطالعه حاضر در زمینه مراحل تغییر رفتار خودآزمایی پستان نشان داد که اکثر افراد مورد مطالعه،

نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن در زمینه رابطه تحصیلات با سازه خودکارآمدی نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره خودکارآمدی زنان مورد مطالعه نیز افزایش یافت ( $r=0/27$ ،  $P<0/001$ )؛ به گونه‌ای که میانگین امتیاز کارآمدی زنان دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم  $22/91 \pm 9/19$  و میانگین امتیاز کارآمدی زنان دارای سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم،  $6/27 \pm 29/36$  بود.

## بحث

سرطان پستان، یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در جهان است و در بین زنان ایرانی نیز میزان بروز بالایی دارد. تأخیر در تشخیص و درمان این بیماری، شانس بقاء را کاهش می‌دهد (۱۹). خودآزمایی پستان، یک روش غربالگری متعارف جهت کشف توده‌های قابل درمان پستان می‌باشد (۲۰) و ثابت شده که حدود ۹۵٪ از سرطان‌های پستان در مرحله ابتدایی به وسیله خودآزمایی پستان تشخیص داده می‌شوند (۲۱). مطالعات انجام شده، تأثیر انجام منظم خودآزمایی پستان را بر درمان، پیش‌آگهی و میزان بقاء در سرطان سینه تأیید می‌کنند (۲۲).

نتایج مطالعه حاضر در زمینه مقیاس خودکارآمدی نشان داد که بیشترین میانگین، مربوط به گزینه؛ "مطمئن هستم که می‌توانم به طور مؤثری خودآزمایی پستان را به شخص دیگری آموزش دهم" و پس از آن، مربوط به گزینه "به خاطر تبحر و تجربه ام می‌توانم خیلی خوب خودآزمایی پستان را انجام دهم" بود که نشان‌دهنده

بودند (۷، ۲۰) نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره خودکارآمدی زنان مورد مطالعه نیز افزایش می یابد. در ضمن در مطالعه حاضر، اکثر افراد مورد مطالعه خانه دار بودند که از این نظر، مشابه مطالعه نوروزی بود (۲۰). یکی از ویژگی های مطالعه حاضر، بررسی مراحل تغییر رفتار خودآزمایی پستان در کنار و همزمان با سنجش سازه خودکارآمدی بود که تاکنون انجام نشده بود. اما محدودیت مطالعه حاضر، طراحی مطالعه بدون مداخله بود که به دلیل پیگیری و نیاز به زمان بیشتر، در این مطالعه امکان پذیر نبود، لذا پیشنهاد می شود مطالعه حاضر با طراحی مداخله ای انجام شود تا به نتایج قطعی تر دست یافت.

### نتیجه گیری

با تقویت خودکارآمدی در زنان، رفتار خودآزمایی پستان در آنان افزایش می یابد، لذا توصیه می شود در آموزش و توانمند سازی زنان به افزایش خودکارآمدی آنان توجه ویژه شود.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مدیران محترم مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران که این مطالعه در آنجا انجام شد و از کارشناسان پر تلاشی که در جمع آوری نمونه ها شرکت کردند، تقدیر و تشکر می شود.

در مرحله پیش عمل قرار داشتند (مجموع مراحل پیش تفکر، تفکر و آمادگی) که با نتایج مطالعه پالونن و همکاران (۲۰۰۹) و گولوته و همکاران (۲۰۰۹) که بر روی مصرف کنندگان کاندوم انجام شد، همخوانی داشت (۲۳، ۲۴). اما در مجموع، در مطالعه حاضر افرادی که در مرحله عمل (مجموع مراحل عمل و بقاء) انجام خودآزمایی پستان قرار داشتند، بیشتر از سایر مطالعات مشابه می باشد (۲۳، ۲۴). این امر می تواند نتیجه میانگین بالای این افراد در پاسخ به گزینه "به خاطر تبحر و تجربه ام می توانم خیلی خوب خود آزمایی پستان را انجام دهم" باشد. یکی از عوامل مهم در انجام خودآزمایی پستان، باورهای بهداشتی مرتبط است و زنانی که به توانایی های خود در انجام خودآزمایی پستان مطمئن هستند، به احتمال زیاد در این رفتار غربالگری موفق ترند (۲۶). لذا مطالعه حاضر نشان داد که احتمال انجام خودآزمایی پستان در زنان با خودکارآمدی بالاتر، بیشتر از سایر زنان است. در مطالعه حاضر و سایر مطالعات مشابه، ارتباط خودکارآمدی با مراحل تغییر رفتار خودآزمایی پستان تأیید شده است (۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۹، ۳۰). در مطالعه حاضر بین وضعیت شغلی افراد و مرحله تغییر رفتار خودآزمایی پستان، ارتباط معناداری وجود داشت که می تواند تأثیر شغل بر خودکارآمدی افراد باشد.

در مطالعه حاضر افراد مورد مطالعه از نظر سن و تحصیلات، مشابه جامعه مورد بررسی در سایر مطالعات از جمله مطالعه طوافیان و نوروزی و همکاران (۲۰۱۱)

### منابع

- 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 Jun 5;7:96.
- Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban 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 Feb 24;6:43.
- Lee EO, Ahn SH, You C, Lee DS, Han W, Choe KJ, et al. Determining the main risk factors and high-risk groups of breast cancer using a predictive model for breast cancer risk assessment in South Korea. Cancer Nurs 2004 Sep-Oct;27(5):400-6.
- Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB, Shah RB, Ko C, Anghel M, et al. Asian India women: knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection. Public Health Nurs 2001 Sep-Oct;18(5):357-63.
- Hacihanoglu R, Gozum 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 Feb;12(1):58-64.
- Khani H, Moslemizade N, Montazeri A, Gozarandeh Gh, Ghorbani A. [Knowledge, attitude and practice of health staff about cancer breast preventive programs in south of Caspian Sea] [Article in Persian]. IJBD 2008;1(2):28-37.

7. Tavafian SS, Hasani L, Aghamolaei T, Zare S, Gregory D. Prediction of breast self-examination in a sample of Iranian women: an application of the Health Belief Model. *BMC Womens Health* 2009 Dec 29;9:37.
8. Hoseininasab D, Ahmadian F, Ravanbakhsh H. [Relation of child-rearing practices with self-efficacy and mental health of students] [Article in Persian]. *Stud Educ Psychol* 2008;9 (1):21-37.
9. Butler JT. Principles of health education and health promotion 3<sup>rd</sup> ed. Australia: Wadsworth/Thomson Learning; 2001:231-55.
10. Karimi M, Niknami Sh, Aminshokravi F, Shamsi M, Hatami A. [The relationship of breast self-examination with self-esteem and perceived benefits/barriers of self-efficacy in health volunteers of Zarandieh City] [Article in Persian]. *JBD* 2009;2(2):41-8.
11. Baban A, Craciun C. Changing health-risk behaviors: a review of theory and evidence-based interventions in health psychology. *J Cogn Behav Psychother* 2007; 7(1):45-67.
12. Williams DM. Outcome expectancy and self-efficacy: theoretical implications of an unresolved contradiction. *Pers Soc Psychol Rev* 2010 Nov; 14(4):417-25.
13. Gonzalez JT, Gonzalez VM. Initial validation of a scale measuring self-efficacy of breast self-examination among low-income Mexican American women. *Hisp J Behav Sci* 1990;12(3):277-291.
14. Schüz B, Sniehotta FF, Mallach N, Wiedemann AU, Schwarzer R. Predicting transitions from preintentional, intentional and actional stages of change. *Health Educ Res* 2009 Feb;24(1):64-75.
15. Prochaska JO, DiClement CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983 Jun; 51(3):390-5.
16. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol* 1994 Jan;13(1):39-46.
17. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. In search of how people change. *American Psychologist*, 1992. 47, 1102-1114.
18. Noar SM, Zimmerman RS. Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Educ Res* 2005 Jun;20(3):275-90.
19. Yavari P, Pourhoseingholi MA. Socioeconomic factors association with knowledge and practice of breast self-examination among Iranian women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2007 Oct-Dec; 8(4):618-22.
20. Noroozi A, Jomand T, Tahmasebi R. Determinants of breast self-examination performance among Iranian women: an application of the health belief model. *J Canc Educ* 2011 Jun;26(2):365-74.
21. Sorensen J, Hertz A, Gudex C. Evaluation of a Danish teaching program in breast self-examination. *Cancer Nurs* 2005 Mar-Apr; 28(2):141-7.
22. Avcı IA. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. *Eur J Oncol Nurs* 2008 Apr;12(2):127-33.
23. Pallonen UE, Timpson SC, Williams ML, Ross MW. Stages of consistent condom use, partner intimacy, condom use attitude, and self-efficacy in African-American crack cocaine users. *Arch Sex Behav* 2009 Feb;38(1):149-58.
24. Gullette DL, Wright PB, Booth BM, Feldman Z, Stewart KE. Stages of change, decisional balance, and self-efficacy in condom use among rural African-American stimulant users. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2009 Nov-Dec;20(6):428-41.
25. Fernández ME, Diamond PM, Rakowski W, Gonzales A, Tortolero-Luna G, Williams J. Development and validation of a cervical cancer screening self-efficacy scale for low-income Mexican American women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009 Mar;18(3):866-75.
26. Nahcivan NO, Secginli S. Health belief related to breast self examination in a sample of Turkish women. *Oncol Nurs Forum* 2007 Mar;34(2):425-32.
27. Karimi E, Shaji M, Adel M, Mohamadi J. [The relationship between self-efficacy and the stages of exercise behavior changes in university students] [Article in Persian]. *JSM* 2009;1920:183-200.
28. Mazloomi Mahmoudabad S, Mohammadi M, Morovati Sharifabad MA. [Exercise and Its relation to self efficacy based on stages of change model in employees of Yazd in 2008] [Article in Persian]. *J Kerman Univ Med Sci* 2010;17(4):346-54.
29. Stark MJ, Tesselaar HM, O'Connell AA, Person B, Galavotti C, Cohen A, et al. Psychosocial factors associated with the stages of change for condom use among women at risk for HIV and STDs: implications for intervention development. *J Consult Clin Psychol* 1998 Dec;66(6):967-78.
30. Oka K. [Stages of change for exercise behavior and self-efficacy for exercise among middle-aged adults] [Article in Japanese]. *Nihon Koshu Eisei Zasshi* 2003 Mar;50(3):208-15.