

## میزان پیش‌بینی‌کنندگی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتار خودآزمایی پستان

لاله حسنی\* تیمور آقاملایی\*\* صدیقه سادات طوافیان\*\*\* شهرام زارع\*\*\*\*

### چکیده

زمینه و هدف: خودآزمایی ماهانه پستان یک رفتار غربالگری مهم جهت تشخیص زودرس سرطان پستان است. ولی علی‌رغم این مزیت، بسیاری از افراد از انجام این رفتار بهداشتی سر باز می‌زنند. هدف این مطالعه تعیین میزان پیش‌بینی‌کنندگی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتار خودآزمایی پستان در زنان بوده است.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی تعداد ۲۴۰ زن مراجعه‌کننده به هشت مرکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس در سال ۱۳۸۷ وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل مشخصات فردی و پرسشنامه *Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS)* بود. داده‌ها پس از کدگذاری وارد نرم‌افزار آماری SPSS شد و از آزمون‌های آماری *t-test* و آنالیز رگرسیون برای تجزیه و تحلیل آن‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها: در مجموع ۳۱/۷٪ زنان مورد مطالعه دارای تجربه انجام خودآزمایی پستان بودند، اما فقط ۷/۱٪ کل افراد به طور ماهیانه و منظم خودآزمایی پستان را انجام می‌دادند. یافته‌های این مطالعه نشان داد تفاوت آماری معناداری در سازه‌های منافع درک شده ( $p=0/03$ ) موانع درک شده ( $p<0/001$ ) و خودکارآمدی ( $p<0/001$ ) گروهی که رفتار خودآزمایی پستان را انجام می‌دهند و گروهی که این رفتار را انجام نمی‌دهند، وجود دارد. نتایج حاصل از آنالیز رگرسیون نشان داد خودکارآمدی و موانع درک شده می‌تواند پیش‌بینی‌کننده انجام خودآزمایی پستان باشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد خودکارآمدی می‌تواند باعث اتخاذ رفتار و موانع درک شده می‌تواند موجبات عدم اتخاذ رفتار خودآزمایی پستان را فراهم آورد. لذا آن‌چه که در مداخلات آموزشی جهت ارتقای رفتار بهداشتی خودآزمایی پستان باید مورد توجه قرار گیرد، افزایش مهارت آموزی جهت ایجاد خودکارآمدی در آنان و تعدیل موانع درک شده از طریق آموزش‌های صحیح می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: الگوی اعتقاد بهداشتی، پیش‌بینی‌کنندگی، خودآزمایی پستان، سرطان پستان، بندرعباس

نویسنده مسئول: تیمور آقاملایی؛ دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان  
e-mail: taghamolaei@hums.ac.ir

- دریافت مقاله: آذر ماه ۱۳۸۹ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۸۹

### مقدمه

سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان و از عوامل منجر به مرگ در آنان به شمار می‌رود. در کشورهای توسعه

یافته از هر نه زن یک نفر مبتلا به این نوع سرطان می‌شود (۱). در ایران شیوع این بیماری در حال افزایش است و مبتلایان 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

\* مربی گروه آموزشی بهداشت عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان  
\*\* دانشجویان گروه آموزشی بهداشت عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان  
\*\*\* استادیار گروه آموزشی آموزش بهداشت دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس  
\*\*\*\* دانشجویان گروه آموزشی پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

اطلاعات غیر رسمی میزان بروز این بیماری ۲۰ در هر ۱۰۰ هزار زن می‌باشد (۲).

از جمله راه‌کارهای اولیه پیشگیری از سرطان پستان و کاهش مرگ ناشی از آن خودآزمایی پستان است که روش مناسب، مؤثر و بدون هزینه‌ای در تشخیص زودرس سرطان پستان به شمار می‌رود (۳). خودآزمایی ماهانه پستان یک فعالیت غربالگری مهم جهت تشخیص زودرس سرطان پستان است و زنانی که این رفتار را به طور منظم انجام می‌دهند، به احتمال زیاد می‌توانند در مراحل اولیه توده‌های موجود در پستان خود را تشخیص دهند (۴). تحقیقات نشان داده خودآزمایی توسط فرد مهم‌ترین اقدام در مشخص کردن تومور در مراحل اولیه است، به طوری که بیش از ۶۵٪ از موارد وجود توده در پستان توسط خود بیمار کشف می‌شود (۵). ولی با وجود کارایی بالای خودآزمایی پستان در کاهش مرگ و میر، یافته‌های تحقیقاتی نشان می‌دهد که میزان اتخاذ این رفتار توسط زنان در جمعیت‌های مختلف پایین است. در مطالعات جمعیتی در مورد زنان مختلف که در ایالات متحده آمریکا انجام یافت، نشان داده شد میزان خودآزمایی پستان در زنان بین ۲۹٪ تا ۶۳٪ متغیر بوده است. در مطالعات مشابهی در کانادا، اردن و تایلند نیز نتایج مشابهی گزارش شده است (۶). نتایج مطالعه‌ای در ایران نشان داد که فقط ۶٪ زنان معلم مبادرت به انجام خودآزمایی منظم پستان می‌نمایند (۲).

اگر چه خودآزمایی پستان تنها روش پیشگیری در دسترس برای زنانی است که دسترسی کافی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی

ندارند، ولی تنها اقلیتی از زنان مبادرت به انجام این کار می‌نمایند و تعدادی هم نمی‌دانند که چگونه باید خودآزمایی پستان را انجام دهند. عوامل مختلفی ممکن است در انجام یا عدم انجام خودآزمایی پستان مؤثر باشد (۷). در آموزش بهداشت از الگوهای مختلفی برای مطالعه رفتار بهداشتی استفاده می‌شود. از جمله می‌توان به الگوی اعتقاد بهداشتی اشاره کرد. سازه‌های این الگو حساسیت درک شده و شدت درک شده نسبت به بیماری، منافع درک شده نسبت به انجام رفتار پیشگیری‌کننده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی نسبت به انجام رفتار پیشگیری‌کننده است (۸).

بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی وقتی افراد با عوامل تهدیدکننده سلامت مواجه می‌شوند، حساسیت و شدت آن عوامل تهدیدکننده سلامت را در نظر می‌گیرند. منظور از حساسیت درک شده باور و اعتقاد شخص در مورد احتمال ابتلا به یک بیماری یا مشکل است. شدت درک شده پیامدهای ناشی از ابتلا به یک بیماری است که به منزله عواقب ناشی از ابتلا به بیماری است. منظور از منافع درک شده نتایج مثبت حاصل از اجتناب از مواجهه با یک بیماری است. نظیر منافع خودآزمایی ماهانه پستان که می‌توان از طریق آن حتی کوچک‌ترین توده مشکوک را تشخیص داد. منظور از موانع درک شده، موانع انجام رفتارهای بهداشتی نظیر وقت‌گیر بودن آن می‌باشد و خودکارآمدی میزان اعتماد یا اطمینان شخص نسبت به خودش در انجام موفقیت‌آمیز یک عمل نظیر

خودآزمایی پستان به روش صحیح است (۹ و ۷).

از آن جا که تعیین عوامل مرتبط با انجام رفتارهای بهداشتی از جمله خودآزمایی پستان در چارچوب الگوی اعتقاد بهداشتی می‌تواند در طراحی مداخلات آموزشی مؤثر مورد استفاده قرار گیرد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان پیش‌بینی‌کنندگی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتار خودآزمایی پستان در زنان طراحی شده است.

### روش بررسی

جمعیت مورد مطالعه این پژوهش مقطعی زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس بودند. حجم نمونه ۲۴۰ نفر برآورد شد. نمونه‌ها به روش در دسترس از میان زنان مراجعه‌کننده به هشت مرکز بهداشتی درمانی شهری (از هر مرکز ۳۰ نفر) در سال ۱۳۸۷ انتخاب شدند. زنان باردار، شیرده و زنانی که به سرطان پستان مبتلا بودند مورد مطالعه قرار نمی‌گرفتند.

اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد که شامل سه بخش بود. بخش اول اختصاص به مشخصات فردی افراد مورد بررسی داشت. این سؤالات شامل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، تعداد حاملگی، سن شروع عادت ماهانه، سابقه ابتلا به مشکلات شایع پستان مانند شقاق و آبسه و سابقه خروج ترشحات غیر طبیعی یا خون آلود از پستان بود. برای تعیین باورها و اعتقادات زنان مورد بررسی درباره سرطان پستان طبق سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی از پرسشنامه Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS) استفاده شد (۸). این پرسشنامه

سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی را بر اساس مقیاس لیکرت طراحی نموده است که مشتمل بر حساسیت درک شده (۳ سؤال)، شدت درک شده (۶ سؤال)، منافع درک شده (۴ سؤال)، موانع درک شده (۸ سؤال) و خودکارآمدی نسبت به خودآزمایی پستان (۱۰ سؤال) می‌باشد. حداقل و حداکثر امتیاز قابل کسب حساسیت درک شده ۳ و ۱۵، شدت درک شده ۶ و ۳۰، منافع درک شده ۴ و ۲۰، موانع درک شده ۸ و ۴۰ و خودکارآمدی ۱۰ و ۵۰ است. در این پرسشنامه امتیازات بالاتر بیانگر حساسیت و شدت درک شده بیشتر نسبت به سرطان پستان، درک منافع و موانع بیشتر انجام خودآزمایی پستان و خودکارآمدی بالاتر نسبت به انجام خودآزمایی پستان است.

جهت تهیه نسخه فارسی پرسشنامه CHBMS، ابتدا نسخه اصلی آن که به زبان انگلیسی بود توسط یک نفر متخصص زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. سپس نسخه ترجمه شده فارسی مجدداً به انگلیسی برگردانده شد و تغییرات مورد لزوم در آن داده شد. جهت تعیین روایی، پرسشنامه در اختیار دو نفر متخصص آموزش بهداشت، یک نفر متخصص اپیدمیولوژی، یک نفر متخصص زنان و یک ماما قرار گرفت و نظرات آنان در خصوص پرسشنامه اعمال شد. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده کل پرسشنامه ۰/۶۹، سازه حساسیت درک شده ۰/۶۸، سازه شدت درک شده ۰/۷۷، سازه منافع درک شده ۰/۷۸، سازه موانع درک شده ۰/۷۷ و سازه خودکارآمدی ۰/۸۷ بود. این

نتایج نشان می‌دهد که سؤالات کل پرسشنامه و سؤالات هر کدام از سازه‌های آن از ثبات درونی خوبی برخوردار هستند.

جهت تعیین انجام خودآزمایی پستان نیز دو سؤال مطرح شد. این سؤالات در مورد داشتن تجربه خودآزمایی و انجام ماهیانه و منظم خودآزمایی پستان بود.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها ابتدا توضیحات کافی در مورد اهداف پژوهش و این که اطلاعات اخذ شده از افراد شرکت‌کننده در مطالعه، در اختیار هیچ کس قرار نخواهد گرفت و تمام پرسشنامه‌ها بی‌نام و نشان است، برای مراجعه‌کنندگان واجد شرایط داده می‌شد. در صورتی که آنان تمایل به شرکت در مطالعه داشتند و فرم رضایت‌نامه کتبی را امضا می‌نمودند، وارد مطالعه می‌شدند و پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه تکمیل می‌شد.

داده‌ها پس از کدگذاری وارد نرم‌افزار آماری SPSS شد. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های توصیفی مانند فراوانی و میانگین و برای تحلیل داده‌ها جهت مقایسه سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در افرادی که خودآزمایی پستان داشتند و آن‌هایی که نداشتند از آزمون آماری *t*-test و برای تعیین میزان پیش‌بینی‌کنندگی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در پیش‌بینی اتخاذ رفتار خودآزمایی پستان از آنالیز رگرسیون استفاده شد.

## یافته‌ها

میانگین سن افراد مورد مطالعه ۳۷/۲±۶/۱ سال و دامنه آن از ۳۰ تا ۵۵ سال متغیر بود. اکثر آن‌ها (۳۲/۵٪) دارای تحصیلات

متوسطه و متأهل (۹۵/۸٪) بودند (جدول شماره ۱).

از کل افراد مورد بررسی ۳۱/۷٪ دارای تجربه انجام خودآزمایی پستان بودند، اما فقط ۷/۱٪ به طور ماهیانه و منظم خودآزمایی پستان را انجام می‌دادند.

در جدول شماره ۲ سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در افرادی که خودآزمایی پستان را انجام می‌دهند با افرادی که خودآزمایی پستان انجام نمی‌دهند مقایسه شده است. طبق یافته‌ها تفاوت آماری معناداری در سازه‌های منافع درک شده ( $p=۰/۰۳$ ) موانع درک شده ( $p<۰/۰۰۱$ ) و خودکارآمدی ( $p<۰/۰۰۱$ ) بین دو گروه وجود دارد.

به منظور تعیین میزان پیش‌بینی‌کنندگی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در انجام رفتار خودآزمایی پستان، آنالیز رگرسیون چند متغیره به روش Stepwise انجام گرفت. سازه‌های مورد نظر که مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و وارد مدل رگرسیون گردید شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی نسبت به انجام خودآزمایی پستان در طول سه ماه گذشته بود. نتایج به دست آمده نشان داد که خودکارآمدی و موانع درک شده ارتباط معناداری در پیش‌بینی خودآزمایی پستان دارند ( $R^2=۰/۲۹$ ,  $p<۰/۰۰۱$ ). این یافته‌ها در جدول شماره ۳ آمده است.

این ارتباط را می‌توان به صورت مدل زیر نشان داد:

-(خودکارآمدی)  $۰/۰۶۱+۰/۱۱۸$  = خودآزمایی پستان (موانع درک شده)  $۰/۰۵۸$

همان‌گونه که این مدل نشان می‌دهد افزایش خودکارآمدی با انجام خودآزمایی پستان رابطه مستقیم دارد، یعنی با افزایش خودکارآمدی خودآزمایی پستان افزایش می‌یابد. اما افزایش موانع درک شده نسبت به انجام خودآزمایی پستان با انجام آن رابطه معکوس دارد، یعنی با افزایش موانع درک شده خودآزمایی کاهش

می‌یابد. قابل ذکر است که موانع درک شده، مواردی از قبیل احساس خجالت، وقت‌گیر بودن، فراموش کردن، نداشتن جای خلوت و مناسب و سایر مشکل بودن خودآزمایی اعلام شده است. سایر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده و منافع درک شده) ارتباطی با انجام خودآزمایی نداشت.

**جدول ۱-** برخی مشخصات فردی زنان مورد مطالعه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی بندرعباس در سال ۱۳۸۷

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	تعداد	درصد
سن	۳۷/۲ (۶/۱)	--	--
تعداد فرزندان	۲/۷ (۱/۵)	--	--
تعداد حاملگی	۴/۱ (۱/۷)	--	--
سن شروع عادت ماهیانه	۱۲/۲ (۱/۲)	--	--
وضعیت تأهل	متأهل	۲۳۱	۹۶/۳
	بیوه/مطلقه	۹	۳/۷
تحصیلات	ابتدایی	۷۰	۲۹/۲
	راهنمایی	۵۲	۲۱/۶
	متوسطه	۷۸	۳۲/۵
	دانشگاهی	۴۰	۱۶/۷
سابقه مشکلات پستان	دارد	۲۹	۱۲/۱
	ندارد	۲۱۱	۸۷/۹

**جدول ۲-** مقایسه نمرات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بر حسب انجام یا عدم انجام خودآزمایی پستان در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی بندرعباس در سال ۱۳۸۷

p	انجام خودآزمایی پستان						نمرات سازه‌های الگو
	خیر			بلی			
	دامنه تغییرات	انحراف معیار	میانگین	دامنه تغییرات	انحراف معیار	میانگین	
۰/۹۷	۳-۱۳	۲/۴	۷/۶۷	۳-۱۵	۲/۵	۷/۶۸	حساسیت درک شده
۰/۲۷	۹-۳۰	۴/۷	۲۱/۸	۶-۳۰	۵/۶	۲۱/۱۰	شدت درک شده
۰/۰۳	۶-۲۰	۳/۱	۱۶/۵۲	۵-۲۰	۲/۷	۱۷/۳۴	منافع درک شده
۰/۰۰۰	۸-۴۰	۵/۷	۱۹/۵۵	۸-۳۲	۵/۳	۱۶/۳۶	موانع درک شده
۰/۰۰۰	۱۰-۵۰	۷/۵	۲۸/۳۰	۱۱-۵۰	۷/۶	۳۵/۸۸	خودکارآمدی

**جدول ۳-** پیش‌بینی انجام خودآزمایی پستان بر اساس سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی بندرعباس در سال ۱۳۸۷

p-value	Beta	خطای معیار B	B	پیش‌بینی‌کننده
۰/۸	---	۰/۴۶۵	۰/۱۱۸	ثابت (a)
۰/۰۰۱	۰/۳۵۵	۰/۰۱۰	۰/۰۶۱	خودکارآمدی
۰/۰۰۱	-۰/۲۳۴	۰/۰۱۵	-۰/۰۵۸	موانع درک شده

## بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که نتایج نشان داد از کل افراد مورد بررسی ۳۱/۷٪ تجربه انجام خودآزمایی پستان را داشتند، اما فقط ۷/۱٪ کل افراد به طور ماهیانه و منظم خودآزمایی پستان را انجام می‌دادند. در یک مطالعه مقطعی که توسط MacLennan و Jirojwong در مورد زنان مهاجر تایلندی در Brisbane انجام یافت ۲۵٪ از زنان مورد بررسی به طور منظم خودآزمایی پستان انجام می‌دادند (۱۰) که بیشتر از نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر است. خودآزمایی پستان در زنان مورد بررسی در مطالعه حاضر کمتر از خودآزمایی پستان در زنان مهاجر در آمریکا از جمله مهاجران زن اسپانیایی (۶۲٪) و مهاجران زن Hmong (۵۱٪) بود. اما تجربه خودآزمایی پستان در زنان مورد بررسی در مطالعه حاضر بیشتر از زنان تایلندی (۳۴٪) بود (۱۱ و ۱۰). در مطالعه‌ای که در مورد کارمندان بهداشتی زن در ترکیه انجام یافت ۸۱/۳٪ آن‌ها تجربه خودآزمایی پستان را داشتند، اما فقط ۲۱/۹٪ آن‌ها به طور منظم و ماهیانه اقدام به خودآزمایی پستان می‌کردند (۱۲). در مطالعاتی که درباره نمونه‌های جمعیتی مختلف در ایالات متحده آمریکا انجام شده است میزان خودآزمایی ماهیانه پستان بین ۲۹٪ تا ۶۳٪ متغیر بوده است (۱۴ و ۱۳). البته در مقایسه این نتایج باید موارد احتیاط را به دلیل اختلاف در تعریف خودآزمایی پستان و جمعیت هدف در مطالعات مختلف رعایت نمود. همچنین در مواردی که نظیر نتایج مطالعه حاضر تجربه خودآزمایی پستان منجر به انجام رفتار منظم نشده است، بایستی مطالعات دیگری طراحی و اجرا نمود تا علل آن شناسایی شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد منافع درک شده و خودکارآمدی در افرادی که خودآزمایی پستان انجام می‌دهند نسبت به افرادی که این رفتار را انجام نمی‌دهند، بالاتر است و بر عکس موانع درک شده در این گروه کمتر از افرادی است که خودآزمایی پستان انجام نمی‌دهند. اما بین سازه‌های حساسیت درک شده و شدت درک شده در دو گروه تفاوتی وجود نداشت. یکی از دلایل فقدان اختلاف بین سازه‌های حساسیت و شدت درک شده نسبت به بیماری در این دو گروه از افراد، بالا بودن نمرات این سازه‌ها در هر دو گروه است. مطالعه‌ای که توسط Canbulat و Uzun درباره کارمندان زن در ترکیه با استفاده از ابزار CHBMS انجام یافت، نشان داد حساسیت درک شده، منافع انجام خودآزمایی پستان و خودکارآمدی نسبت به انجام خودآزمایی پستان در زنانی که تجربه انجام آن را داشتند، بالاتر از افرادی بود که تجربه انجام آن را نداشتند و بر عکس موانع درک شده در گروه اول نسبت به گروه دوم پایین‌تر بود، اما شدت درک شده در دو گروه تفاوتی نداشت (۱۲). این نتایج به جز در سازه‌های حساسیت درک شده و شدت درک شده، در سایر موارد مشابه نتایج مطالعه حاضر است. علاوه بر این در مطالعه Gozum و Aydin که با استفاده از ابزار CHBMS انجام یافت سازه‌های حساسیت و شدت درک شده نسبت به بیماری و موانع انجام خودآزمایی در گروهی که خودآزمایی پستان انجام می‌دادند با گروهی که انجام نمی‌دادند تفاوت نداشت، اما خودکارآمدی و منافع انجام خودآزمایی در گروهی که خودآزمایی پستان

مورد بررسی است، لذا در برنامه‌های آموزشی بایستی برنامه‌ریزی‌های صحیح نسبت به افزایش خودکارآمدی و مهارت آموزی زنان در مورد انجام خودآزمایی پستان صورت گیرد و با استفاده از روش‌های آموزشی مناسب نسبت به تقویت آن اقدام گردد. از طرف دیگر کاهش موانع انجام خودآزمایی پستان نیز می‌تواند نقش مهمی در پیش‌بینی انجام خودآزمایی پستان داشته باشد. با توجه به این که بعضی از موانع درک شده توسط افراد مورد بررسی در این مطالعه جهت انجام خودآزمایی پستان، عواملی نظیر احساس خجالت، وقت گیر بودن، فراموش کردن، نداشتن جای خلوت و مناسب و مشکل بودن خودآزمایی مطرح شده بود که هیچ‌کدام از آن‌ها نمی‌تواند مانع جدی جهت انجام خودآزمایی پستان باشد، لذا جهت کاهش آن‌ها باید بر اهمیت و اثر بخشی خودآزمایی پستان و نشان دادن منافع آن تأکید بیشتری شود.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که جهت بررسی پایایی نسخه فارسی پرسشنامه CHBMS از روش آزمون- باز آزمون استفاده نشد. لذا توصیه می‌شود در مطالعات آینده قبل از اقدام به جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از نسخه فارسی این پرسشنامه پایایی آن به روش مذکور مورد بررسی قرار گیرد. ضمناً به دلیل عدم سنجش سازه راهنما برای عمل توصیه می‌شود در تحقیقات آینده این موضوع مدنظر قرار گیرد.

به طور کلی یافته‌های این مطالعه نشان داد حساسیت درک شده، شدت درک شده و منافع درک شده نسبت به رفتار خودآزمایی

انجام می‌دادند بالاتر از گروهی بود که خودآزمایی انجام نمی‌دادند (۷). نتایج مطالعه Aydin و Gozum به جز در سازه موانع درک شده، در سایر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی مشابه نتایج مطالعه حاضر است.

نتایج مطالعه حاضر در خصوص میزان پیش‌بینی‌کنندگی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در مورد انجام خودآزمایی پستان نشان داد که خودکارآمدی و موانع درک شده افراد می‌توانند انجام خودآزمایی پستان را پیش‌بینی نمایند. در مطالعه Secginli و Nahcivan حساسیت درک شده بیشتر، خودکارآمدی بالاتر و موانع درک شده کمتر، از پیش‌بینی‌کننده‌های انجام خودآزمایی پستان بودند، اما سایر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی (شدت درک شده و منافع درک شده) نقشی در پیش‌بینی خودآزمایی پستان نداشتند (۶). نتایج مطالعه Nahcivan و Secginli به جز در سازه حساسیت درک شده، در سایر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی مشابه نتایج مطالعه حاضر است. در مطالعه Fung که بر اساس سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی انجام گرفت، موانع درک شده و داشتن فرزند از پیش‌بینی‌کننده‌های انجام خودآزمایی پستان بودند که البته در این مطالعه سازه خودکارآمدی مورد بررسی قرار نگرفته بود (۹).

در این مطالعه خودکارآمدی به منزله اعتماد شخص در مورد توانایی‌اش در انجام موفقیت‌آمیز و صحیح خودآزمایی پستان و تشخیص توده‌های مشکوک بود و نتایج آن نشان داد خودکارآمدی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده خودآزمایی پستان در افراد

بهداشتی و از میان برداشتن موانع انجام این رفتار از طریق آموزش‌های صحیح است.

پستان، پیش‌بینی‌کننده اتخاذ این رفتار بهداشتی نیست ولی در مقابل خودکارآمدی و موانع درک شده می‌تواند باعث اتخاذ و عدم اتخاذ این رفتار بهداشتی شود. لذا آنچه که در مداخلات آموزشی جهت ارتقای رفتار بهداشتی خودآزمایی پستان باید مورد توجه قرار گیرد، افزایش مهارت افراد جهت انجام این رفتار

### تشکر و قدردانی

از مسؤولان و کارکنان محترم مراکز بهداشتی درمانی بندرعباس و کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه صمیمانه سپاسگزاریم.

### منابع

- 1 - Pisani P, Bray F, Parkin DM. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *Int J Cancer*. 2002 Jan 1; 97(1): 72-81.
- 2 - 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 Jul; 116(4): 245-9.
- 3 - Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. *J Adv Nurs*. 2001 Mar; 33(5): 677-88.
- 4 - Foxall MJ, Barron CR, Houfek J. Ethnic differences in breast self-examination practice and health beliefs. *J Adv Nurs*. 1998 Feb; 27(2): 419-28.
- 5 - Marinho LA, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJ. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in health centers. *Rev Saude Publica*. 2003 Oct; 37(5): 576-82.
- 6 - 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 Feb; 43(2): 161-71.
- 7 - Gozum S, Aydin I. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. *Cancer Nurs*. 2004 Nov-Dec; 27(6): 491-8.
- 8 - Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Res Nurs Health*. 1999 Aug; 22(4): 341-8.
- 9 - Fung SY. Factors associated with breast self-examination behaviour among Chinese women in Hong Kong. *Patient Educ Couns*. 1998 Mar; 33(3): 233-43.
- 10 - Jirojwong S, MacLennan R. Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. *J Adv Nurs*. 2003 Feb; 41(3): 241-9.
- 11 - Tanjasiri SP, Kagawa-Singer M, Foo MA, Chao M, Linayao-Putman I, Lor YC, et al. Breast cancer screening among Hmong women in California. *J Cancer Educ*. 2001 Spring; 16(1): 50-4.
- 12 - Canbulat N, Uzun O. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *Eur J Oncol Nurs*. 2008 Apr; 12(2): 148-56.
- 13 - Phillips JM, Wilbur J. Adherence to breast cancer screening guidelines among African-American women of differing employment status. *Cancer Nurs*. 1995 Aug; 18(4): 258-69.
- 14 - Salazar MK. Breast self-examination beliefs: a descriptive study. *Public Health Nurs*. 1994 Feb; 11(1): 49-56.



# Constructs of the Health Belief Model as Predicting Factors in Breast Self-Examination

Hasani\* L (MSc.) - Aghamolaei\*\* T (Ph.D) - Tavafian\*\*\* SS (Ph.D) - Zare\*\*\*\* Sh (Ph.D).

## Abstract

Received: Dec. 2010  
Accepted: Mar. 2011

**Background & Aim:** Early diagnosis of breast lumps through breast self-examination (BSE) is important for early detection of breast cancer. The aim of this study was to evaluate factors predict the BSE behavior using Health Belief Model constructs in women referred to health centers in Bandar abbas, Iran.

**Methods & Materials:** In this cross-sectional study, 240 eligible women were randomly selected from eight health centers. Data were collected using a self-administered questionnaire including demographic characteristics and Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS). The CHBMS measures the HBM concepts of susceptibility (3 items), seriousness (6 items), benefits (4 items), barriers (8 items) and self-efficacy (10 items). All items were ranged in a Likert scale ranging from “strongly disagree (score: one)” to “strongly agree (score: five)”.

**Results:** A total of 240 women took part in the study. The mean age of participants was 37.2 (SD=6.1). Of all, 32.5% had high school education; and 95.8% were married. The results showed that 31.7% of the women had performed the BSE; however, only 7.1% had performed it regularly. Perceived BSE benefits, perceived BSE barriers and perceived BSE self-efficacy of the participants who performed the BSE were significantly higher than those who did not ( $P<0.03$ ). The results from regression analysis indicated that the perceived BSE self-efficacy and perceived BSE barriers predicted breast self-examination behavior ( $P<0.001$ ).

**Conclusion:** The findings of this study indicated that perceived BSE barriers and perceived BSE self-efficacy were influencing factors in predicting the BSE behavior. Therefore, in order to improve self-efficacy and decrease the barriers, BSE training programs are strongly recommended.

**Key words:** Health belief model, Prediction, Breast self-Examination, Breast Cancer, Bandar Abbas, Iran

Corresponding author:  
Aghamolaei T  
e-mail:  
taghamolaei@hums.ac.ir

\* MSc. Dept. of Public Health, School of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

\*\* Associate Professor, Dept. of Public Health, School of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

\*\*\* Assistant Professor, Dept. of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

\*\*\*\* Associate Professor, Dept. of Social Medicine, School of Medicine, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran