

نقش نگرانی در مورد ابتلا به سرطان سینه و خودکارآمدی ماموگرافی در قصد و رفتار غربالگری ماموگرافی

ریحانه شیخان^۱، *محمدعلی سپهوندی^۲، فیروزه غضنفری^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۶/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۹/۱۸)

Role of Breast Cancer Worry And Mammography Self Efficacy In Intention And Mammography Screening Behavior

Reyhane sheykhani¹, *mohammadali sepahvandi², firoozeh ghazanfari³

1. Ph.D Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Lorestan, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Lorestan, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Lorestan, Iran.

Original Article

(Received: Sept. 11, 2018 - Accepted: Dec. 09, 2019)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Among the common cancers, breast cancer is one of the important health issues that many people are involved with. Therefore, regular mammograms are a method for early diagnosis of the disease. Given the low rate of mammography in Iran, the aim of this study was to investigate the Role of breast cancer worry and mammography self efficacy in intention and mammography screening behavior. **Method:** participants in this study were all women with aged 40 - 60 years in 1 and 2 area in Arak. The study sample consisted of 305 women, aged 40-60. Participation answered Breast Cancer Worry Scale (BCWS, champion, 2005), Mammography Self-Efficacy Scale (MSS, Lerman, 1991) and planned behavior theory questioner (PBTQ, Sargezi and etal, 1393) (parts of intention an act). Data were analyzed using SPSS23 software. **Findings:** A significant was observed between breast cancer worry and mammography screening. According to data analysis, relationship between high and moderate level of breast cancer worry and mammograms intention was significant, and high concern was associated with mammography screening behavior ($p \leq 0/01$). The findings also showed that the relationship between high level of self-efficacy and intention and behavior of mammography screening is positive and meaningful ($p \leq 0/01$). **Conclusion:** High levels of breast cancer worry can be a motivating factor for mammography screening. Also, higher mammography self-efficacy predicts a higher rate of mammography screening intent and action.

Keywords: Breast Cancer Worry, Mammography Self Efficacy, Intention of Mammography, Behavior of Mammography.

چکیده

مقدمه: از جمله سرطان‌های شایع، سرطان سینه است که نشان‌دهنده یکی از مسائل بهداشتی مهم بوده که جمعیت بسیاری با آن درگیر هستند؛ بنابراین انجام ماموگرافی به‌طور منظم روشی برای تشخیص زودرس و قبل از پیدایش هرگونه نشانه مشخص توسط فرد و پیشرفت بیماری است. با توجه به نرخ پایین انجام ماموگرافی در ایران هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش نگرانی در مورد ابتلا به سرطان سینه و خودکارآمدی ماموگرافی در قصد و رفتار غربالگری ماموگرافی در زنان ۴۰ تا ۶۰ سال بود. روش: جامعه آماری در پژوهش حاضر تمامی زنان ۴۰ تا ۶۰ در منطقه ۱ و ۲ شهر اراک بود. نمونه پژوهش تعداد ۳۰۵ زن در بازه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال از ناحیه ۱ و ۲ شهر اراک را دربر داشت. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های نگرانی نسبت به سرطان پستان (BCWS، لرم، ۱۹۹۱)، مقیاس خودکارآمدی ماموگرافی (MSS، چمپیون، ۲۰۰۵) و قسمت قصد و عمل ماموگرافی پرسشنامه تئوری رفتار برنامه‌ریزی (PBTQ، سرگزی و همکاران، ۱۳۹۳) شده پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS23 تحلیل گردید. یافته‌ها: مطابق با تحلیل داده‌ها، ارتباط نگرانی در سطح بالا و متوسط با قصد ماموگرافی معنادار بود ($p \leq 0/01$) اما نگرانی در سطح بالا با عمل غربالگری ماموگرافی ارتباط مستقیم و معنادار داشت. هم‌چنین یافته‌ها نشان داد ارتباط خودکارآمدی بالا با قصد و عمل غربالگری ماموگرافی مثبت و معنادار است ($p \leq 0/01$). نتیجه‌گیری: سطوح بالا از نگرانی در مورد ابتلا به سرطان سینه می‌تواند برانگیزاننده افراد برای قصد و عمل غربالگری ماموگرافی باشد. هم‌چنین خودکارآمدی ماموگرافی بالاتر نرخ بالاتری از قصد و عمل غربالگری ماموگرافی پیش‌بینی می‌کند.

واژگان کلیدی: نگرانی در مورد ابتلا به سرطان سینه، خودکارآمدی ماموگرافی، قصد ماموگرافی، رفتار ماموگرافی.

*نویسنده مسئول: محمدعلی سپهوندی

*Corresponding Author: mohammadali sepahvandi

Email: reyhane.sheykhan@gmail.com

مقدمه

سرطان سینه به‌عنوان سرطان شایع در زنان، بیماری است که از مدت‌ها پیش شناخته شده و نشان‌دهنده یکی از مسائل بهداشتی مهم بوده که جمعیت بسیاری با آن درگیر هستند. به عبارتی، سرطان سینه دومین علت مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در زنان و علت اصلی مرگ در زنان سنین ۴۰ تا ۵۹ سال است (مورگان^۱، ۲۰۱۳). در ایران نیز میزان بروز سرطان سینه به میزان ۲۰ مورد جدید در هر ۱۰۰۰۰۰ زن در سال بوده که برابر ۶۰۰۰ مورد جدید در هر سال است (عسگریان، میرزایی، عسگریان و جزایری، ۱۳۹۶) هم‌چنین بررسی‌ها در ایران نشان می‌دهد ۸۲ درصد موارد تشخیص این بیماری در مراحل پیشرفته آن صورت می‌گیرد (اکبری و میرزایی، ۲۰۱۴). از این‌رو توجه به این بیماری بسیار حائز اهمیت است.

سازمان بهداشت جهانی^۲ و انجمن سرطان آمریکا^۳، بهترین راه کنترل سرطان سینه را تشخیص زودرس آن می‌دانند. با توجه به این‌که این بیماری از یک مرحله مخفی طولانی (حدود ۸ تا ۱۰ سال) عبور می‌کند، بنابراین با شناسایی و تشخیص توده در مراحل اولیه می‌توان جان بیمار را از مرگ زودرس نجات داد (فنتیمان^۴، ۲۰۰۱). از جمله روش‌ها در تشخیص زودرس انجام غربالگری ماموگرافی است. انجمن سرطان آمریکا (۲۰۱۳، ۲۰۱۴)، توصیه می‌کند که زنان، در شروع سن ۴۰ سالگی، یک ماموگرام سالیانه داشته باشند

(جامعه سرطان آمریکا^۵، ۲۰۱۳).

منفرد و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای با حجم نمونه ۱۰۰۰ نفری نشان دادند که تقریباً نیمی از زنان غربالگری ماموگرافی را انجام داده‌اند اما از این تعداد، بیشتر زنان تنها یک‌بار به تشخیص پزشک معالج که برای بررسی سایر مشکلات جسمی یا پیگیری‌های سلامت به آنان مراجعه کرده بودند، غربالگری ماموگرافی را انجام دادند. این مسئله می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که شاید رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از طرف زنان مورد غفلت قرار می‌گیرد و آنان توجه زیادی به غربالگری و پیشگیری از سرطان سینه در خویش ندارند (منفرد، قنبری، جانثار حسینی و نوروزی، ۱۳۹۶). اگرچه شواهد قابل‌ملاحظه‌ای در مورد ارتباط غربالگری ماموگرافی و کاهش نرخ مرگ‌ومیر وجود دارد (مدلنسکی، گول، پولزر و اشبور^۶، ۲۰۰۳؛ اسکوپر و دی‌ولف^۷، ۲۰۰۹)، اما اغلب تفاوتی قابل‌ملاحظه بین میزان کاربرد واقعی ماموگرافی و میزان تجویز آن مشاهده می‌شود (بوتا، برای، سانکیلا و پارکین^۸، ۲۰۰۳). در تلاش به‌منظور افزایش نرخ انجام غربالگری ماموگرافی باید به دنبال شناسایی عوامل دخیل در قصد غربالگری و رفتار غربالگری ماموگرافی بود. مدل-های نظری بسیاری همچون مدل باور بهداشتی، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده و ... عوامل دخیل در قصد و رفتار غربالگری را بررسی کرده‌اند

5. American Cancer Society
6. Madlensky, Goel, Polzer, & Ashbury
7. Schopper & de Wolf
8. Botha, Bray, Sankila & Parkin

1. Morgan
2. World Health Organize
3. American Cancer Society
4. Fentiman

موجب اجتناب از غربالگری شود (های، مک کول و مگنان^۹، ۲۰۰۶). تحقیقات طی ۱۵ سال گذشته، شواهد متناقضی در مورد این که آیا نگرانی از ابتلا به سرطان سینه تسهیل کننده غربالگری سرطان سینه است یا مانع انجام آن، فراهم آمده است (های و همکاران، ۲۰۰۵؛ کانسدین، مگی، کریوشکووا، رزیویسز و نگوت^{۱۰}، ۲۰۰۴).

به علاوه، نتایج مطالعات نشان می دهد یکی دیگر از سازه های مهم دخیل در غربالگری ها و رفتارهای مرتبط با سلامتی خودکارآمدی است (سگنلی^{۱۱}، ۲۰۱۲؛ کورمیر، کوان، رید و لیتوین^{۱۲}، ۲۰۰۲). ارتباط بین خودکارآمدی و رفتار ماموگرافی به طور گسترده ای گزارش شده است (تولما، رینینگر، ایوانز و یوردا^{۱۳}، ۲۰۰۶؛ گیریسچ، ایرپ، برور و ریمر^{۱۴}، ۲۰۱۰). این مطالعات اهمیت افزایش خودکارآمدی زنان در برانگیختن آن ها به کاربرد ماموگرافی را نشان می دهند. در ارتباط با ماموگرافی، خودکارآمدی، اعتماد زنان به توانایی خود در گام برداشتن در مسیر انجام ماموگرافی است (تسهیل رفت و آمد به ماموگرافی، وقت گرفتن و پرداخت هزینه، یافتن کلینیکی برای انجام ماموگرافی و ...) می تواند محرک زنان برای فکر کردن به ماموگرافی تا مرحله انجام آن باشد (سگنلی، ۲۰۱۲). تولما و همکاران (۲۰۰۶) در پیش بینی قصد ماموگرافی، خودکارآمدی را به چهارچوب تئوری رفتار برنامه ریزی شده اضافه

(اگدن^۱، ۲۰۱۲) اما سازه ای مهم که در اغلب مدل های نظری مورد توجه قرار نگرفته نگرانی است (اسخمیگ، کلین و بریان^۲، ۲۰۰۹). سازه نگرانی، در رفتارهای غربالگری (زانگ، قیارلی، گلندن، میریا، نایت، آندرولیس و ریتوو^۳، ۲۰۱۲) اثر داشته و با رفتارهای مرتبط با سلامتی همچون سالم غذا خوردن، استفاده از کاندوم، ترک سیگار در ارتباط است (آموتا، مکو، جاکوبس و اجمبی^۴، ۲۰۱۷). از این رو این سازه می تواند نقش مهمی در تعیین قصد و رفتار غربالگری ماموگرافی داشته باشد.

نگرانی، عاطفه یا احساسی است که می تواند پیش بینی کننده قدرتمندی برای رفتارهای آتی، همچون رفتارهایی به منظور پیشگیری از سرطان باشد (آموتا و همکاران، ۲۰۱۷). نگرانی از سرطان را واکنش عاطفی به تهدید سرطان تعریف می کنند (های، باکلی و استروف^۵، ۲۰۰۵). دیفنباخ^۶ و همکاران (۱۹۹۹) و مک کول^۷ و همکاران (۱۹۹۴) مطرح کرده اند که نگرانی در مورد ابتلا به سرطان سینه می تواند مفید باشد و زنان را به رفتارهای خودحفاظتی همچون غربالگری سرطان سینه برانگیزد. در مقابل کاش^۸ و همکاران، (۱۹۹۲)، کاش (۱۹۹۵) مطرح می کنند که نگرانی در مورد ابتلا به سرطان مشکل ساز است، هم به علت پریشانی که در افراد ایجاد می کند و هم می تواند

9. Hay, McCaul & Magnan
10. Consedine, Magai, Krivoshekova, Ryzewicz and Neugut
11. Seçginli
12. Cormier, Kwan, Reid And Litwin
13. Tolma, Reininger, Evans, Ureda
14. Gierisch, Earp, Brewer, Rimer

1. Ogden
2. Schmiege, Klein, and Brayan
3. Zhang, Chiarelli, Glendon, Mirea, Knight, Andrusis, And Ritvo
4. Amuta, Mkuu, Jacobs, & Ejembi
5. Hay, Buckley & Ostroff
6. Diefenbach
7. McCaul
8. Kash

منطقه ۱ و ۲ شهر اراک بود که از بین آن‌ها به شیوه در دسترس نمونه‌ای به حجم ۳۰۵ نفر انتخاب گردید.

به منظور اجرای پژوهش، پس از دریافت معرفی‌نامه از مرکز بهداشت استان، به پایگاه‌های جامع سلامت در مناطق ۱ و ۲ اراک (مناطق متوسط شهر اراک) مراجعه شد، پرسشنامه‌های نگرانی نسبت به سرطان پستان، مقیاس خودکارآمدی ماموگرافی و پرسشنامه تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در اختیار زنان ۴۰ تا ۶۰ ساله قرار گرفت، توضیحات لازمه ارائه شد و بر اصل رازداری و محرمانه بودن اطلاعات تأکید گردید. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌ها به مدت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه پاسخ دادند. سپس داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش از سه ابزار استفاده شده است:

پرسشنامه نگرانی نسبت به سرطان پستان: این پرسشنامه توسط لرمین^۲ (۱۹۹۱) ارائه شده است، شامل ۴ سؤال است. یکی از آیتم‌ها درصد نگرانی را نسبت به ابتلا به سرطان سینه در آینده می‌سنجد و دو آیتم دیگر آن اثرات نگرانی روی خلق و خو و عملکرد و فعالیت‌های روزانه را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و آیتم آخر نگرانی در مورد نتیجه انجام غربالگری ماموگرافی را می‌سنجد. طریقه نمره‌دهی به این ابزار بر اساس معیار ۵ درجه‌ای لیکرت است (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی اوقات=۳، اغلب=۴ و همیشه=۵). کنسدین، مگی و نکات^۳ (۲۰۰۴) آلفای کرونباخ این ابزار را

کردند. تولما و همکاران (۲۰۰۶) ۲۹۳ زن در بازه سنی ۴۰ تا ۶۵ سال بدون هیچ تجربه ماموگرافی و بدون علائم مرضی سرطان سینه را مورد بررسی قرار دادند. این پژوهش نشان داد خودکارآمدی اثر بزرگی بر قصد رفتار (قصد ماموگرافی) دارد اما این پژوهش تنها قصد ماموگرافی را مدنظر قرار داده بود (نه انجام نهایی رفتار ماموگرافی)؛ بنابراین نیاز است نقش سازه خودکارآمدی هم بر قصد و هم بر رفتار نهایی ماموگرافی بررسی شود. با توجه به مطالب ذکر شده، تعیین نقش نگرانی از سرطان و خودکارآمدی ماموگرافی در قصد و رفتار غربالگری می‌تواند در تنظیم پکیج‌های آموزشی جهت ترغیب زنان به پیگیری سلامتی‌شان کمک‌کننده باشد. هم‌چنین با توجه به نرخ شیوع بالای سرطان سینه در ایران (اکبری و میرزایی، ۲۰۱۴) و مراجعه اندک زنان جهت غربالگری ماموگرافی (منفرد و همکاران، ۱۳۹۶) و کمبود پیشینه در این مورد در ایران هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش نگرانی در مورد ابتلا به سرطان سینه و خودکارآمدی ماموگرافی در رفتار غربالگری ماموگرافی در زنان ۴۰ تا ۶۰ بود.

روش

این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی بود. از آن‌جا که راهنمای جامعه سرطان آمریکا ماموگرافی سالیانه را برای زنان بالای ۴۰ سال توصیه می‌کند (اسمیت، کوکینیدز و براولی، ۲۰۰۹)؛ اسخمیگ، کلین و برایان، (۲۰۰۹) جامعه آماری در پژوهش حاضر تمامی زنان ۴۰ تا ۶۰ در

2. Lerman

3. Consedine, Magai, and Neugut

1. Smith, Cokkinides, & Brawley

مربوط به سنجش سطح آگاهی از سرطان سینه، بخش سوم سؤالات مربوط به سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده و در مجموع ۲۸ سؤال بود. سؤالات مربوط به سازه‌های مدل به صورت پنج گزینه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. سازه نگرش شامل ۱۰ سؤال، سازه هنجارهای ذهنی شامل ۶ سؤال، سازه کنترل رفتاری درک شده شامل ۶ سؤال، سازه قصد رفتاری شامل ۳ سؤال و سؤالات عملکرد شامل ۳ سؤال است. آلفای کرونباخ برای سؤالات آگاهی ۰/۸۶، نگرش ۰/۹۴، هنجارهای ذهنی ۰/۹۴، کنترل رفتاری ادراک‌شده ۰/۹۶ و برای سؤالات رفتار ۰/۷۴ بود (سرگزی، محسنی، صفرنواده، ایرانپور، میرزایی، جهانی، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر از مقیاس اطلاعات دموگرافیک و سازه‌های قصد ماموگرافی و عملکرد ماموگرافی استفاده شد.

یافته‌ها

از نظر جمعیت‌شناسی ۳۰۵ زن در محدوده سنی ۴۰ تا ۶۰ در پژوهش شرکت کردند. از ۳۰۵ نفر ۱۷ زن مجرد و ۲۷۴ زن متأهل، ۵ زن مطلقه و ۸ زن بیوه بودند. هم‌چنین از این تعداد ۳۷ نفر بی‌سواد تا سیکل، ۱۱۷ نفر سیکل تا دیپلم، ۲۹ نفر فوق‌دیپلم، ۸۴ نفر لیسانس، ۲۷ نفر فوق‌لیسانس و ۸ نفر دکتری بودند. در این میان ۱۵۱ نفر خانه‌دار و ۱۳۴ نفر شاغل و ۱۹ نفر بازنشسته بودند.

شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای

پژوهش: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش از قبیل میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای

۰/۷۳ گزارش کردند. آلفای کرونباخ این ابزار در ایران ۰/۸۱ گزارش شده و پایایی آن تأیید گردیده است (دیدارلو، سرخابی، پورعلی، شیخی، ۱۳۹۵).
مقیاس خودکارآمدی ماموگرافی: این مقیاس شامل ۱۰ سؤال است و بر اساس طیف لیکرت (کاملاً موافق=۵، کاملاً مخالف=۱) نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس خودکارآمدی ماموگرافی، خودکارآمدی درک شده در مورد فرآیند انجام دادن یک ماموگرافی را می‌سنجد. مقیاس موردنظر فرآیند ماموگرافی را پله به پله نظیر توانایی صحبت با دیگران در مورد نگرانی مربوط به انجام ماموگرافی، یافتن راهی جهت انجام ماموگرافی و ... می‌سنجد. نمره بالا در این مقیاس احتمال بالای انجام ماموگرافی را نشان می‌دهد (سگنلی، ۲۰۱۲). اعتبار و روایی مقیاس موردنظر مورد آزمون قرار گرفته و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ گزارش شده است (چمپیون، موناهان، اسپرینگستون، راسل، زولینگر، سایول^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). هاشمیان و همکاران (۲۰۱۵) نسخه فارسی این مقیاس را تهیه کردند و آلفای ثبات درونی را ۰/۹ و اعتبار بازمایی را ۰/۶۲ گزارش کردند (هاشمیان، حیدرنیا، امین‌شکروی، لمیان، حسن‌پور، اکبری، طوفیان، ۲۰۱۵).

پرسشنامه تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده:

پرسشنامه‌ای محقق ساخته، دارای ۴۴ سؤال و سه بخش کلی است. بخش اول اطلاعات دموگرافیک (سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و قومیت، سابقه ابتلا به سرطان سینه در خود و اعضای خانواده) دارای ۷ سؤال، بخش دوم سؤالات

1. Champion, Monahan, Springston, Russell, Zollinger, Saywell

شیخان، سپهوندی و غضنفری: نقش نگرانی در مورد ابتلا به سرطان سینه و خودکارآمدی ماموگرافی در قصد...

جدول ۱. فراوانی مطلق و فراوانی نسبی متغیرهای دموگرافیک

متغیرها شاخص‌ها	وضعیت تأهل												اشغال			
	مجرد	متاهل	مطلقه	باز	سایر	نی‌سواد تا سیکل	سیکل تا دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس	دکتری	-		خانه‌دار	شاغل	بازنشسته
فراوانی مطلق	۱۷	۲۷۴	۵	۸	۱	۳۷	۱۱۷	۲۹	۸۴	۲۷	۸	۳	۱۵۱	۱۳۴	۱۹	۱
فراوانی نسبی	۵/۶	۸۹/۸	۱/۶	۲/۶	۰/۳	۱۲/۲	۳۸/۴	۹/۵	۲۷/۵	۸/۹	۲/۶	۱	۴۹/۵	۴۳/۹	۶/۲	۰/۳

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها				
شاخص‌ها	نگرانی	خودکارآمدی	قصد	عمل
میانگین	۲/۴۵	۴/۰۱	۳/۵۵	۰/۹۸
انحراف استاندارد	۰/۸۵	۰/۶۷	۰/۸۵	۰/۴۴
چولگی	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۳۵	۰/۳۱
کشیدگی	۰/۴۹	۰/۴۴	۰/۳۱	۰/۳۴

خودکارآمدی، قصد و عمل ماموگرافی را نشان می‌دهد. با توجه به جدول، رابطه بین نگرانی و خودکارآمدی با سن معکوس و معنادار بود.

هم‌چنین در مورد تحصیلات و وضعیت اشتغال رابطه بین نگرانی و تحصیلات و اشتغال از نظر آماری معنادار نبود، رابطه بین خودکارآمدی و قصد با تحصیلات مستقیم و معنادار بود. هم‌چنین رابطه بین خودکارآمدی و عمل با اشتغال مستقیم و معنادار بود.

رابطه نگرانی و خودکارآمدی با قصد و عمل ماموگرافی: همان‌گونه که از جدول ۴ مشهود

پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. باید توجه داشت مثبت بودن چولگی متغیر نشان‌دهنده طولانی بودن دم توزیع به سمت راست می‌باشد و کشیدگی مثبت به این معنی است که توزیع متغیر از توزیع نرمال بلندتر است ولی از طرفی چون $|S.k| < 0/5$, $|ku| < 0/5$ می‌باشند بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع داده‌های متغیر نرمال است. رابطه بین متغیرهای دموگرافیک (سن، تحصیلات و اشتغال) با متغیرهای نگرانی و خودکارآمدی: نتایج جدول زیر ارتباط بین سن، تحصیلات و اشتغال با شاخص‌های نگرانی،

جدول ۳. رابطه بین متغیرهای پژوهش با متغیرهای دموگرافیک

شاخص‌ها	سن		تحصیلات		اشتغال	
	همبستگی	سطح معناداری	همبستگی	سطح معناداری	همبستگی	سطح معناداری
نگرانی	-۰/۱۹		۰/۰۵	۰/۴۵	-۰/۰۹	۰/۳۶
	۰/۰۱					
خودکارآمدی	-۰/۱۸		۰/۱۵	۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۰۲
	۰/۰۱					

جدول ۴. همبستگی بین نگرانی و خودکارآمدی قصد و عمل ماموگرافی

متغیر	نگرانی			خودکارآمدی	
	پایین متوسط بالا			پایین بالا	
قصد	۰/۰۶	۰/۱۷	۰/۲۲	۰/۰۱	۰/۲۰
(سطح معناداری)	۰/۳۵	۰/۰۲*	۰/۰۰*	۰/۰۶	۰/۰۰۱*
عمل	۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۲۴	۰/۰۵	۰/۲۱
(سطح معناداری)	۰/۲۹	۰/۳۲	۰/۰۰*	۰/۵۴	۰/۰۰*

$p \leq 0/01$

در مورد خودکارآمدی ماموگرافی همان‌طور که جدول زیر نشان می‌دهد رابطه خودکارآمدی بالا با قصد و عمل ماموگرافی مستقیم و معنادار است.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش نگرانی در مورد ابتلا به سرطان سینه و خودکارآمدی ماموگرافی در قصد و رفتار غربالگری ماموگرافی در زنان ۴۰ تا ۶۰ انجام شد. تحلیل داده‌ها در مورد متغیرهای دموگرافیک نشان داد خودکارآمدی و قصد انجام ماموگرافی با تحصیلات رابطه مستقیم و

است رابطه نگرانی با قصد ماموگرافی در سطح پایین معنادار نبود ولی رابطه بین نگرانی متوسط و بالا و قصد ماموگرافی مستقیم و معنادار بود. همچنین مشاهده شد رابطه نگرانی در سطح بالا با عمل ماموگرافی مستقیمی و معنادار است. در واقع نگرانی در سطوح بالا (نمره ۱۲ تا ۱۶ در پرسشنامه) در مقایسه با سطوح متوسط و پایین ارتباط بیشتری با ماموگرافی دارد، بنابراین می‌توان گفت در سطوح بالای نگرانی قصد ماموگرافی و عمل به آن پررنگ‌تر می‌شود.

(برای مثال، نگرانی در مورد ابتلا به سرطان). از نظر چهارچوب نظری، این باور که غربالگری سرطان سینه، نگرانی را کاهش می‌دهد، موجب می‌شود که افراد نگران به سراغ غربالگری بروند و این باور که غربالگری، نگرانی را افزایش می‌دهد موجب اجتناب از غربالگری می‌گردد. در مقابل، سطوح پایین از نگرانی در مورد سرطان در عمل تمایل به غربالگری سرطان را کاهش می‌دهد. دیدگاه لونتال با این ایده که نگرانی می‌تواند سودمند باشد- انگیزشی برای جست‌وجوی اطلاعات، نظارت و مقابله مسئله مدار- هماهنگ (داوی^۴، ۱۹۹۳) است (های و همکاران، ۲۰۰۶). نظریه دیگر مبنی بر مدل پردازش اطلاعات سلامت شناختی- اجتماعی قرار می‌گیرد (میلر^۵ و همکاران، ۱۹۹۶). این مدل، مطرح می‌کند که نگرانی تنها یکی از احساسات بالقوه تأثیرگذار در تصمیم‌گیری برای رفتارهای سلامتی است. در این مدل، وضعیت‌های عاطفی مرتبط گسترده‌ای مطرح می‌شوند از آن جمله افسردگی، امیدواری، خشم، تحریک‌پذیری و احساسات منفی در مورد خود که در نتیجه پردازش اطلاعات مربوط به سلامتی فعال می‌گردند. مدل یو معکوس سطوح متوسط از نگرانی در مورد سرطان را در غربالگری مؤثر می‌داند. لازم به ذکر است که پیش‌بینی‌های این مدل شبیه به مباحث نظری بوده که بر اساس آن‌ها ترس یک ارتباط منحنی شکل با رفتارهای محافظ سلامتی دارد. البته شواهد برای این رابطه ضعیف است، در مقابل ترس با افزایش انگیزه خود مراقبتی در ارتباط است (های و همکاران، ۲۰۰۶).

معنادار و خودکارآمدی و عمل غربالگری ماموگرافی با اشتغال رابطه مستقیم و معنادار دارد. این نتیجه با پژوهش چنگ و کیم^۱ (۲۰۱۵) همسو بود. در این مورد می‌توان گفت تحصیلات و اشتغال به لحاظ ایجاد آگاهی و استقلال مالی از جمله عواملی هستند که می‌توانند قصد انجام ماموگرافی و حتی اقدام به غربالگری ماموگرافی را تقویت کنند. هم‌چنین از آن‌جا که خودکارآمدی ناشی از (۱) سابقه شخص در اجرا کردن رفتاری به‌خصوص؛ (۲) مشاهده افراد مشابهی که رفتاری خاص را اجرا می‌کنند؛ (۳) قانع سازی کلامی دیگران؛ (۴) حالت‌های فیزیولوژیک ایجاد و تقویت می‌شود (مکلیستر، پری و پارسل^۲، ۲۰۰۸)، در تحصیلات و اشتغال می‌توان این موارد را بیشتر شاهد بود. از این رو افراد شاغل با تحصیلات بیشتر، سطح بالاتری از خودکارآمدی ماموگرافی را گزارش خواهند کرد.

هم‌چنین مطابق با نتایج به‌دست‌آمده ارتباط نگرانی در سطح متوسط و بالا با قصد ماموگرافی مستقیم و معنادار بود و نگرانی در سطح بالا با عمل ماموگرافی ارتباط معناداری داشت. این نتیجه همسو با پیشینه بود (های و همکاران، ۲۰۰۶).

دو نظریه تأثیرگذار به نقش نگرانی در مورد ابتلا به سرطان در تغییر الگوی رفتارهای سلامت اشاره دارند. نظریه خودتنظیمی لونتال (لونتال، بریست و لونتال^۳، ۲۰۰۳) که مطرح می‌کند مردم همزمان دو برنامه عملی برای مقابله با بیماری را توسعه می‌دهند: (۱) به‌منظور مدیریت بیماری، (۲) به‌منظور مدیریت اثرات همراه با تهدید بیماری

4. Davey
5. miller

1. Chang, And Kim
2. Mcalister, Perry, Parcel
3. Leventhal, Brissette, Leventhal

آموزشی مرتبط با دو سازه نگرانی و خودکارآمدی ماموگرافی تدوین کرده و در مراکز بهداشت به زنان ۴۰ تا ۶۰ سال آموزش دهند. همچنین پژوهش‌ها در مورد دو سازه نگرانی در مورد ابتلا به سرطان سینه و خودکارآمدی ماموگرافی اندک بوده و نیاز به بررسی‌های بیشتر است.

سپاسگزاری

از مرکز بهداشت استان به دلیل همکاری در ارائه معرفی‌نامه به پایگاه‌های سلامت مناطق ۱ و ۲ شهر اراک و کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش قدردانی می‌شود.

تأییدیه اخلاقی: این مقاله برگرفته از تز دکتری بوده، بنابراین پروپوزال نوشته‌شده در گروه روانشناسی دانشگاه لرستان بررسی و تأیید گردیده است و پروپوزال نهایی در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه لرستان به تصویب رسید (کد پایان‌نامه ۱۲۲۱۸۱۰۰۱).

منابع

دیدارلو، علیرضا، سرخابی، زهرا، پورعلی، رضا، شیخی، سیامک. (۱۳۹۵). بررسی دانش، نگرانی و رفتار غربالگری دانشجویان مونث نسبت به سرطان پستان در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه سال ۱۳۹۳. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۴، ۲۰۱-۲۱۲.

در مورد خودکارآمدی ماموگرافی، ارتباط این متغیر با قصد و عمل ماموگرافی مستقیم و معنادار بود یعنی خودکارآمدی ماموگرافی بالا به احتمال بیشتری قصد انجام ماموگرافی و رفتار غربالگری ماموگرافی را پیش‌بینی می‌کند. این نتیجه نیز همسو با پیشینه بود (تولما و همکاران، ۲۰۰۶؛ گریسچ و همکاران، ۲۰۱۰). در این مورد می‌توان گفت یک شخص با خودکارآمدی پایین در یک موقعیت معین احتمالاً از اعمال سخت اجتناب می‌کند و اشتیاق پایین‌تر و تعهد کمتری نسبت به اهداف دارد. درحالی‌که فردی با خودکارآمدی بالا در یک موقعیت معین کارهایی را که چالش‌انگیزتر است، انجام می‌دهد. او سعی می‌کند که بر موقعیت‌های سخت غلبه کند و تعهد بیشتری نسبت به اهداف دارد (دولیس^۱ و دولیس، ۲۰۰۰). درواقع کسب خودکارآمدی به‌طور ویژه خودکارآمدی ماموگرافی باعث کاهش عواطف منفی و برانگیختگی فیزیولوژیک همراه آن شده، قدرت سازگاری را افزایش داده و با ایجاد احساس توانمندی به تغییر در رفتار مرتبط با سلامتی منجر می‌گردد (شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید، ۱۳۹۱).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. از آن جمله ابزارهای پژوهش خود گزارشی بودند. به‌علاوه به جهت کنترل وضعیت اقتصادی، پژوهش دربرگیرنده زنان قشر متوسط جامعه بود پژوهش‌های آتی می‌توانند عوامل تأثیرگذار بر قصد و عمل ماموگرافی را در تمامی طبقات اقتصادی و اجتماعی بررسی کنند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر پژوهش‌های آتی می‌توانند برنامه‌های

- سرگزی، مریم، محسنی، محبت، صفرنواده، مریم، ایرانپور، عابدین، میرزایی، مقدمه و جهانی، یونس. (۱۳۹۳). تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر رفتارهای منجر به تشخیص زودهنگام سرطان پستان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان سال ۱۳۹۲. *بیماری‌های پستان ایران*، ۲، ۴۵-۵۵.
- شعاع‌کاظمی، مهرانگیز، مومنی‌جاوید، مهرآور. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای خودکارآمدی و میزان توانمندی زنان مبتلا به سرطان پستان و سالم. *فصلنامه بیماری‌های پستان*، ۱، ۴۵-۵۳.
- عسگریان، فاطمه، میرزایی، مسعود، عسگریان، صدیقه، جزایری، مهرداد. (۱۳۹۵). بررسی اپیدمیولوژیک سرطان پستان و توزیع سنی بیماران در یک بازه ده ساله. *فصلنامه علمی - پژوهشی بیماری‌های پستان ایران*، ۹ (۱)، ۳۱-۳۶.
- منفرد، آرزو، قنبری، عاطفه، جانثار حسینی، لیلا، نوروزی، نسترن. (۱۳۹۶). وضعیت انجام ماموگرافی و عوامل مرتبط با آن در جمعیت عمومی زنان شهر رشت. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۰ (۱۰۷)، ۳۲-۴۱.
- Akbari, M. E., Mirzaei, H. R. Opening Speech. Abstract book of 9th International Breast Cancer Congress. 1st ed. Tehran: Resaneh Takhasosi Pub; 2014.
- American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2013. 2013. American Cancer Society, Inc.
- Amuta, A. O., Mkuu, R. S., Jacobs, W. & Ejembi, A. Z. (2017). Influence of Cancer Worry on Four Cancer Related Health Protective Behaviors among a Nationally Representative Sample: Implications for Health Promotion Efforts. *J Canc Educ*, 1-9.
- Botha, J. L., Bray, F., Sankila, R., & Parkin, D. M. (2003). Breast cancer incidence and mortality trends in 16 European countries. *European Journal of Cancer*, 39, 1718-1729.
- Champion, V. L., Monahan, P. O., Springston, J. K., Russell, K., Zollinger, T. W., Saywell, R. M., et al. (2008). Measuring mammography and breast cancer beliefs in African America women. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 827-837.
- Chang, H. L. And Kim, Y. I. (2015). Effect Of Attitude, Social Influence And Self Efficacy Model Factors On Regular Mammography Performance In Life Transition Aged Women In Korea. *Asian Pacific Journal Of Cancer Pervenntion*, 16, 3429- 434.
- Consedine, N. S. Magai, C., Krivoshekov a, Y. S., Ryzewicz, L. and Neugut, A. I. (2004). Fear, anxiety, worry, and breast cancer screening behavior: a critical review. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 13(4),

- 501-510.
- Consedine, N. S., Magai, C., and Neugut, A. I. (2004). The contribution of emotional characteristics to breast cancer screening among women from six ethnic groups. *Preventive Medicine*, 38, 64 – 77.
- Cormier, L., Kwan, L., Reid, K., And Litwin, M. S. (2002). Knowledge and beliefs among brothers and sons of men with prostate cancer. *Urology*, 59(6), 895- 900.
- DeVellis, B. M., & DeVellis, R. F. (2000). Self-efficacy and health. In: A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 235-247). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Erdem, E. (2015). The Relationship Between Self Efficacy And Attitudes Of Chemistry Teacher Candidates. *Problems Of Education In The 21 Century*, 63, 62-70.
- Fentiman, I. S. (2001). Fixed and modifiable risk factors for breast cancer. *Int J Clin Pract*, 55(8), 527-30.
- Gierisch, J. M., Earp, J. A., Brewer, N. T., Rimer, B. K. (2010). Longitudinal predictors of nonadherence to maintenance of mammography. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 19(4), 1103-1111.
- Hashemian, M., Hidarnia, A., Aminshokravi, F., Lamyian, M., Hassanpour, K., Akaberi, A., Tavafian, S. S. (2015). Farsi Version Of The Mammography Self-Efficacy Scale For Iranian Women. *Cancer Nursing*, 38(6), 484-489.
- Hay, J. L., Buckley, T. R. And Ostroff, J. S. (2005). The Role Of Cancer Worry In Cancer Screening: A Theoretical And Empirical Review Of The Literature. *Psycho-Oncology*, 14, 517-534.
- Hay, J. L., McCaul, K. D. and Magnan, R. E. (2006). “Does worry about breast cancer predict screening behaviors? A meta-analysis of the prospective evidence,” *Preventive Medicine*, 42(6), 401-408.
- Leventhal, H., Brissette, I., Leventhal, E.A., 2003. Observer ratings of health and sickness: can other people tell us anything about our health that we don't already know? *Health Psychol.* 22, 471- 478.
- Madlensky, L., Goel, V., Polzer, J., & Ashbury, F. D. (2003). Assessing the evidence for organized cancer screening programs. *European Journal of Cancer*, 39, 1648-1653.
- Mcalister, A. L., Perry, C. L., Parcel, G. S. (2008). How Individuals, Environments, And Health Behaviors Interact: social cognitive theory. *Health behavior and health education:theory, research and practice*, 20, 169- 188.
- Morgan, J. G. (2013). Position Paper of the American Council on Science and Health on the Risk Factors of Breast cancer. *The Breast Journal*, 4(3), 177-197.
- Schmiege, S. J., Klein, W. M. P. And Brayan, A. (2009). Distinctions between worry and perceived risk

- in the context of the theory of planned behavior. *Journal of applied social psychology*, 39(1), 95- 119.
- Schopper, D., & de Wolf, C. (2009). How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. *European Journal of Cancer*, 45, 1916-1923.
- Seçginli, S. (2012). Mammography Self-Efficacy Scale And Breast Cancer Fear Scale. *Cancer Nursing*, 35(5), 365- 373.
- Smith, R. A., Cokkinides, V., And Brawley, O. W. (2009). Cancer Screening In The United States, 2009: A Review Of The Current American Cancer Society Guidelines And Issues In Cancer Screening. *Ca Cancer J Clin*, 59, 27- 41.
- Tolma E L, Reininger B M, Evans A, Ureda J. (2006). Examining the theory of planned behavior and the construct of self-efficacy to predict mammogra-phy intention. *Health Educ Behav*, 33(2), 233- 251.
- Zhang,L. R., 1 Chiarelli, A. M., Glendon, G. Mirea, L., Knight, J. A. Andrulis, I. L. And Ritvo, P. (2012). Worry Is Good For Breast Cancer Screening: A Study Of Female Relatives From The Ontario Site Of The Breast Cancer Family Registry. *Journal Of Cancer Epidemiology*, 12, 1-9.