

# دانشور پژوهشی

## سنجش سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در خصوص ماموگرافی غربالگری در زنان خانه‌دار بالای ۴۰ سال

نویسندگان: سمیه دژم<sup>۱</sup>، نسرين روزبهانی<sup>۲\*</sup> و محبوبه خورسندی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. دکترای آموزش بهداشت، استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۳. دکترای آموزش بهداشت، دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

E-mail: Roozbahani@arakmu.ac.ir

\* نویسنده مسئول: نسرين روزبهانی

### چکیده

مقدمه و هدف: با توجه به شیوع بالای سرطان پستان در زنان ایرانی و عدم استقبال آنان از ماموگرافی غربالگری، تعیین مهم‌ترین سازه‌های پیش‌بینی‌کننده رفتار ماموگرافی، امکان طراحی مداخلات ارتقادهنده این رفتار را مهیامی‌سازد. هدف این مطالعه، تعیین سازه‌های متأثر از نظریه (تئوری) رفتار برنامه‌ریزی‌شده در خصوص ماموگرافی غربالگری در زنان خانه‌دار بالای ۴۰ سال بود.

مواد و روش‌ها: شرکت‌کنندگان در این مطالعه مقطعی تحلیلی، ۲۹۴ زن بالای ۴۰ سال شهر اراک بودند که پرسش‌نامه نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در خصوص رفتار ماموگرافی را تکمیل کردند؛ سپس با استفاده از رگرسیون خطی و لوجستیک، متغیرهای پیشگویی‌کننده قصد و رفتار ماموگرافی مشخص شدند.

نتایج: میانگین سن شرکت‌کنندگان، ۴۷/۳۳ سال (با میانگین ۴/۹۵ و محدوده ۴۰ تا ۵۸ سال) بود. در مدل ارائه‌شده برای پیش‌بینی رفتار ماموگرافی، سازه قصد رفتار ( $P > 0.001$ ,  $OR = 5/17$ ) مهم‌ترین سازه پیشگویی‌کننده بود. در خصوص پیش‌بینی‌کنندگی قصد انجام ماموگرافی، سه سازه «هنجارهای ذهنی» ( $P > 0.001$ ,  $R^2 = 0/21$ )، کنترل رفتاری در گذشته ( $P > 0.001$ ,  $R^2 = 0/16$ )، و آگاهی ( $P > 0.001$ ,  $R^2 = 0/13$ )، پیش‌بینی‌کننده قصد بودند.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج مطالعه حاضر، سازه‌های قصد، کنترل رفتاری در گذشته و هنجارهای ذهنی از نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، پیشگویی‌کننده‌های رفتار ماموگرافی هستند؛ بنابراین، مداخلات نظریه‌محور و ارتقادهنده رفتار ماموگرافی در زنان خانه‌دار را می‌توان برحسب این مدل طراحی کرد.

واژگان کلیدی: نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، سرطان پستان، ماموگرافی، زنان خانه‌دار.

دوماهنامه علمی-پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال بیست‌ودوم-شماره ۱۱۴  
دی ۱۳۹۳

دریافت: ۱۳۹۳/۰۸/۱۸

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۳/۰۹/۲۲

پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۲۶

سنجش سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده درخصوص ماموگرافی غربالگری در زنان...

## مقدمه

سرطان پستان، یکی از سرطان‌های شایع و یکی از علل مرگ‌ومیر در زنان سراسر دنیا به‌شمار می‌آید (۱). اکنون حدس زده می‌شود که از هر ۹ زن، ۱ نفر در طول زندگی خویماری، مبتلا خواهد شد (۲). شایع‌ترین سن مرگ‌ومیر حاصل از این سرطان در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، میان سنین ۴۰ تا ۴۹ سالگی است و زنان ایرانی، نسبت به هم‌تایان غربی ده سال زودتر به سرطان پستان، مبتلا می‌شوند (۳ و ۴).

ماموگرافی و معاینه فیزیکی که روش‌های غربالگری استاندارد محسوب می‌شوند، مکمل هم بوده، هر دو برای رسیدن به بیشترین موفقیت در برنامه‌های غربالگری، لازم‌اند. ۳۵ تا ۵۰ درصد سرطان‌های اولیه پستان، فقط به وسیله ماموگرافی کشف می‌شوند؛ این روش، بهترین روش بیماریابی و تشخیص سرطان پستان در مراحل اولیه در بسیاری از کشورهای جهان است (۵). با توجه به روند روبه‌رشد سرطان پستان در ایران و مراجعه دیرهنگام مبتلایان، تأمل و پرداختن به این مشکل در جهت ارتقای رفتار کنترل سرطان، ضروری است. امروزه در آموزش بهداشت، مداخلات مؤثر بر پایه نظریه‌ها و مدل‌ها انجام می‌شوند؛ بنابراین، یافتن سازه‌های متأثر از این نظریه‌ها و مدل‌ها، امکان طراحی مداخلات ارتقادهنده این رفتار را مهیامی‌سازد؛ یکی از این نظریه‌ها، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده است؛ در سال ۱۹۹۷ آجزن، این نظریه را با اضافه کردن سازه کنترل رفتاری درک‌شده به نظریه عمل منطقی به‌وجود آورد؛ این نظریه بر این باور است که رفتار فرد با قصد رفتاری او تعیین می‌شود؛ به عبارت دیگر، قصد رفتاری، رفتار را پیش‌بینی می‌کند (۶)؛ طبق این نظریه، قصد رفتاری، تابع سه عامل «نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک‌شده» است (۷). اعتقاد فرد به نتایج رفتار و ارزیابی او از این نتایج به شکل‌گیری نگرش منجر می‌شود؛ بدین صورت که اگر اعتقاد شخص نسبت به انجام رفتاری، مثبت باشد، نگرش و ارزیابی او درخصوص انجام آن رفتار، مثبت خواهد بود (۶). هنجارهای ذهنی به فشار

درک‌شده از سوی افراد مهم در زندگی فرد برای انجام‌دادن یا ندادن یک رفتار خاص اشاره می‌کند (۶)؛ سازه کنترل رفتاری درک‌شده، به درک فرد از کنترل روی رفتار اطلاق می‌شود که بازتابی از تسهیل‌کننده‌ها و موانع انجام پیشین رفتار است؛ مفهوم این سازه، بسیار به خودکارآمدی باندورا، شبیه است (۸). با توجه به اینکه رفتار کنترل سرطان، رفتاری پیچیده است و تحت تأثیر عواملی مختلف از جمله عوامل روان‌شناختی، شخصیتی و اجتماعی قرار دارد، بر این اساس، اقدام‌هایی که بتوانند میزان انجام ماموگرافی را افزایش دهند، قادرند به‌عنوان ابزاری مهم در پیشگیری نوع دوم بیماری عمل کنند (۹)؛ در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف تعیین سازه‌های متأثر از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده درخصوص انجام ماموگرافی غربالگری در زنان خانه‌دار بالای ۴۰ سال انجام شد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای مقطعی- تحلیلی به‌منظور یافتن مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های انجام ماموگرافی غربالگری، براساس سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده و آگاهی است که در سال ۱۳۹۲ در شهر اراک اجرا شد. با توجه به مطالعه مقدماتی و سطح اطمینان ۰/۹۵ و با استفاده از فرمول برآورد میانگین، حجم نمونه ۳۰۰ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری تصادفی از تمام شهر اراک بر مبنای جمعیت انجام گرفت؛ به این صورت که شهر به چهار منطقه شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد؛ سپس از هر منطقه به‌صورت تصادفی ساده، دو مرکز بهداشتی-درمانی انتخاب شدند و از رابطان بهداشتی آن مراکز (هر مرکز، ۱ رابط) خواسته شد که به درب منازل مراجعه کنند و از خانم‌های بالای ۴۰ سال منطقه تحت پوشش خود، نمونه‌هایی انتخاب و معرفی کنند؛ بدین ترتیب از تمام نواحی شهر اراک، نمونه‌گیری انجام شد. معیارهای ورود، شامل «سن ۴۰ سال و بالاتر و همچنین، عدم ابتلای خود و بستگان

و یک پرسش برای ارزیابی عملکرد بود. تمامی متغیرها در دو گروه با سابقه انجام ماموگرافی غربالگری (گروه یک) و بدون سابقه انجام ماموگرافی (گروه دو) تجزیه و تحلیل شدند.

پس از کسب مجوزهای لازم از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک (کد ۲-۱۳۹-۹۱)، پرسشنامه با کسب رضایت کتبی از شرکت کنندگان، تکمیل شده، همچنین، تمامی مفاد بیانیه هلسینکی در خصوص اخلاق پژوهش رعایت شدند. پرسشنامه به صورت مصاحبه رودرو، تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS۲۰ انجام شد و با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف توزیع داده‌ها بررسی شدند؛ سپس، آزمون متناسب انجام گرفت. برای توصیف نمونه‌ها، از آمار توصیفی و برای تحلیل داده‌ها و پاسخ به پرسش‌های پژوهش، از آزمون‌های آماری تی دانش‌آموزی، مجذور کای [دو] و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

### نتایج

میانگین و انحراف معیار سن ۲۹۴ شرکت‌کننده در این مطالعه،  $47/33 \pm 4/95$  سال بود؛ از این تعداد، ۱۱۹ نفر (۴۰/۵ درصد)، دست‌کم، یک‌بار ماموگرافی غربالگری انجام داده بودند.

براساس داده‌های این مطالعه، افراد گروه با سابقه انجام ماموگرافی (گروه یک) و بدون سابقه آن (گروه دو)، از نظر متغیرهای وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و وضعیت بیمه با هم تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند ولی این دو گروه از نظر متغیرهای سن، میزان تحصیلات و وضعیت یائسگی، دارای اختلاف معنی‌دار بودند؛ به طوری که در افراد ۵۰ سال و بالاتر، اشخاص دارای تحصیلات بیشتر و افراد یائسه، انجام ماموگرافی غربالگری به طور معنی‌داری، بالاتر بود (جدول ۱).

درجه اول (مادر، خواهر و دختر) به سرطان پستان» بود؛ معیار خروج نیز، پرونده‌هایی را شامل می‌شدند که اطلاعات آنها ناقص بود یا افراد غیرایرانی آنها را تکمیل کرده بودند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، مشخص شد که ۶ نفر از شرکت‌کنندگان در پژوهش، تبعه افغانی بوده‌اند و چون هدف پژوهش، یافتن عوامل مؤثر انجام ماموگرافی غربالگری در زنان ایرانی بود، از اطلاعات افغانه استفاده نشد و در نهایت، ۲۹۴ نفر در مطالعه باقی ماندند.

ابزار استفاده شده در پژوهش، پرسشنامه نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده هاتف‌نیا و همکاران بود (۱۰) که در این مطالعه، پایایی آن به طور مجدد بررسی و برای تعیین پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. پرسشنامه، میان ۴۰ نفر از خانم‌های بالای ۴۰ سال شهر اراک توزیع شد و مقادیر آلفای ۰/۷۰ و بالاتر، مورد قبول در نظر گرفته شدند؛ این پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌های آگاهی و سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده را دربرمی‌گرفت؛ در اطلاعات دموگرافیک، این موارد پرسیده شدند: متغیرهای سن (دو طبقه ۴۰ تا ۴۹ و ۵۰ تا ۵۹)، تحصیلات (پنج طبقه شامل بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و دانشگاهی)، وضعیت تأهل (چهار طبقه متأهل، مجرد، مطلقه و بیوه)، وضعیت بیمه (دو طبقه بیمه شده و بیمه نشده)، درآمد سرانه (چهار طبقه، شامل سرانه کمتر از ۲۰۰ هزار تومان، ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان، ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومان و بالای ۴۰۰ هزار تومان). آگاهی افراد با پانزده پرسش و دامنه نمره ۰-۱۵ بررسی شد. سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده با طیف لیکرت پنج‌قسمتی، از «کاملاً موافقم» با امتیاز ۵ تا «کاملاً مخالفم» با امتیاز ۱ ارزیابی شدند؛ این پرسشنامه شامل شش پرسش در خصوص هنجارهای ذهنی؛ سه پرسش، نگرش؛ سه پرسش، کنترل رفتاری درک شده؛ یک پرسش برای قصد

جدول ۱. مقایسه متغیرهای دموگرافیک در میان دو گروه دارای سابقه انجام ماموگرافی غربالگری و عدم سابقه انجام

آن در زنان خانه‌دار بالای ۴۰ سال

آزمون کای دو	بدون سابقه انجام ماموگرافی (تعداد ۱۷۵)		با سابقه انجام ماموگرافی (تعداد ۱۱۹)		گروه	متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۱۷	۷۳/۷	۱۲۹	۶۱/۳	۷۳	سن (سال)	۴۰-۴۹
	۲۶/۳	۴۶	۳۸/۷	۴۶		۵۰-۵۹
NS	۹۲/۶	۱۶۲	۹۲/۵	۱۱۰	وضعیت تاهل	متاهل
	۲/۲	۴	۰	۰		مجرد
	۰/۶	۱	۰/۸	۱		مطلقه
	۴/۶	۸	۶/۷	۸		بیوه
۰/۰۰۸	۲۰	۳۵	۸/۴	۱۰	میزان تحصیلات	بی‌سواد
	۳۴/۹	۶۱	۳۰/۳	۳۶		ابتدایی
	۱۶/۶	۲۹	۱۶	۱۹		راهنمایی
	۲۰	۳۵	۲۶/۸	۳۲		دبیرستان
	۸/۵	۱۵	۱۸/۵	۲۲		دانشگاهی
NS	۸/۱	۱۴	۵/۹	۷	وضعیت اقتصادی (درآمد سرانه، هزار تومان)	کمتر از ۲۰۰
	۱۰/۴	۱۸	۷/۵	۹		میان ۲۰۰ تا ۳۰۰
	۲۷/۷	۴۸	۲۴/۴	۲۹		میان ۳۰۰ تا ۴۰۰
	۵۳/۸	۹۳	۶۲/۲	۷۴		بالاتر از ۴۰۰
NS	۸۷/۹	۱۵۳	۹۵	۱۱۳	وضعیت بیمه	بیمه هست
	۱۲/۱	۲۱	۵	۶		بیمه نیست
۰/۰۰۹	۲۶/۴	۴۶	۴۰/۳	۴۸	وضعیت یائسگی	یائسه
۷۳/۶	۱۲۸	۵۹/۷	۷۱	غیریائسه		

نتایج حاصل از مقایسه سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در میان افراد دو گروه نشان‌دادند که نمره قصد، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری درک‌شده افراد گروه یک به‌طور معنی‌داری، بیشتر از افراد گروه دو بود ( $p > 0.01$ ) ولی دو گروه از نظر سازه‌های آگاهی و نگرش با هم تفاوتی معنی‌دار نداشتند (جدول ۲).

جدول ۲. مقایسه شاخص‌های آماری سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده و آگاهی در میان دو گروه دارای سابقه

انجام ماموگرافی غربالگری و عدم سابقه انجام آن در زنان خانه‌دار بالای ۴۰ سال

p	دامنه	بدون سابقه انجام ماموگرافی		با سابقه انجام ماموگرافی		متغیرها
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۱	۱-۵	۰/۹۵	۳/۱۸	۰/۷۴	۴/۳۳	قصد
NS	۰-۱۵	۲/۹۸	۸/۱۰	۴/۰۲	۸/۴۸	آگاهی
NS	۳-۱۵	۱/۷۴	۱۲/۵۳	۱/۹۴	۱۲/۶۶	نگرش
۰/۰۰۱	۶-۳۰	۴/۵۷	۱۹/۱۰	۵/۱۸	۲۰/۰۹	هنجارهای ذهنی
۰/۰۰۱	۳-۱۵	۲/۴۲	۱۰/۲۳	۲/۶۸	۱۱/۰۶	کنترل رفتاری درک‌شده

رگرسیون لجستیک نشان‌داد از میان سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، سازه‌های قصد و هنجارهای ذهنی، پیش‌بینی‌کننده رفتار ماموگرافی غربالگری هستند به‌طوری‌که به‌ازای ۱ واحد افزایش در نمره قصد، احتمال انجام ماموگرافی غربالگری نسبت به عدم انجام آن، ۵/۱۷ بار و به‌ازای ۱ واحد افزایش در نمره هنجارهای ذهنی، این احتمال، ۰/۶۳ بار بیشتر می‌شود (جدول ۳).

جدول ۳. پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار ماموگرافی غربالگری در زنان خانه‌دار بالای ۴۰ سال

حدود اطمینان ۹۵٪		Odds Ratio	p	Wald	B	شاخص‌های متغیر
حد بالا	حد پایین	۰/۰۰۴	* ۰/۰۰۱	۱۹/۳۳	-۵/۴۴	مقدار ثابت
۷/۷۸	۳/۴۴	۵/۱۷	* ۰/۰۰۱	۶۲/۳۳	۱/۶۴	قصد
۱/۰۵	۰/۸۹	۰/۹۶	۰/۳۸۸	۰/۷۵	-۰/۰۴	آگاهی
۱/۵۳	۰/۴۴	۰/۹۰	۰/۷۰۹	۰/۱۴	-۰/۱۰	نگرش
۰/۹۷	۰/۴۱	۰/۶۳	* ۰/۰۳۵	۴/۴۴	-۰/۴۶	هنجارهای ذهنی
۲/۰۴	۰/۸۸	۱/۳۴	۰/۱۶۷	۱/۹۱	۰/۳۰	کنترل رفتاری درک‌شده

درخصوص تعیین سازه‌های پیش‌بینی‌کننده قصد انجام ماموگرافی، رگرسیون خطی نشان‌داد که سه سازه (هنجارهای ذهنی ( $R^2=0/21$ ,  $p>0/001$ ), کنترل رفتاری درک‌شده ( $R^2=0/16$ ,  $p>0/001$ ) و آگاهی ( $R^2=0/13$ ), پیش‌بینی‌کننده این قصد هستند؛ این مدل توانست ۱۲ درصد از قصد انجام ماموگرافی را پیش‌بینی کند (جدول ۴).

جدول ۴. پیش‌بینی‌کننده‌های قصد انجام ماموگرافی غربالگری در زنان خانه‌دار بالای ۴۰ سال

P	Beta	SE	B	شاخص‌های متغیر
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱*	۰/۴۳	۱/۹۳	مقدار ثابت
۰/۰۲*	۰/۱۳	۰/۰۲	۰/۰۴	آگاهی
۰/۶۸	-۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۱	نگرش
۰/۰۰۱*	۰/۲۰	۰/۰۱	۰/۰۴	هنجارهای ذهنی
۰/۰۱۶*	۰/۱۶	۰/۰۳	۰/۰۶	کنترل رفتاری درک‌شده

## بحث

با توجه به اینکه سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان در میان زنان ایرانی است و ماموگرافی، مهم‌ترین روش غربالگری این سرطان به‌شمار می‌آید، یافتن مهم‌ترین عوامل مؤثر بر انجام رفتار ماموگرافی در زنان ایرانی، ضروری به‌نظر می‌رسد. این مطالعه با هدف ارائه مهم‌ترین سازه‌های پیش‌بینی‌کننده نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده درخصوص ماموگرافی غربالگری انجام شد؛ براساس نتایج این مطالعه، قصد رفتاری و هنجارهای ذهنی، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار ماموگرافی در زنان خانه‌دار بودند. در مطالعه هام

(۲۰۰۶) که با هدف تعیین عوامل مؤثر برای پیشگویی رفتار ماموگرافی در میان زنان کره‌ای با استفاده از تلفیق نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده و الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد نیز، قصد، مهم‌ترین پیشگویی‌کننده رفتار ماموگرافی بود (۱۳). آرمیتاژ و همکاران (۲۰۰۱)، مانند مطالعه ما، قصد را قوی‌ترین پیشگویی‌کننده رفتار و برخلاف مطالعه حاضر، هنجارهای ذهنی را ضعیف‌ترین پیشگویی‌کننده رفتار معرفی کردند (۱۴). نتایج مطالعه هاتف‌نیا و همکاران (۲۰۱۳) که در میان زنان شاغل شهر تهران انجام شد، بیانگر آن بود که قصد، کنترل رفتاری

درک شده و هنجارهای ذهنی، پیشگویی‌کننده‌های معنی‌دار رفتار ماموگرافی هستند؛ در مطالعه ایشان، به‌ازای ۱ واحد افزایش در نمره قصد، احتمال انجام ماموگرافی غربالگری نسبت به عدم انجام آن، ۲/۱۰ بار و به‌ازای ۱ واحد افزایش در نمره هنجارهای ذهنی، این احتمال، ۱/۰۷ بار بیشتر می‌شد (۱۰)؛ اما براساس نتایج مطالعه حاضر که میان زنان خانه‌دار انجام شد، به‌ازای ۱ واحد افزایش در نمره قصد، احتمال انجام ماموگرافی غربالگری نسبت به عدم انجام آن، ۵/۱۷ بار و به‌ازای ۱ واحد افزایش در نمره هنجارهای ذهنی، این احتمال، ۰/۶۳ بار بیشتر می‌شود؛ درضمن، میانگین نمره‌های قصد رفتاری و هنجار ذهنی به‌طور معنی‌داری در گروه دارای سابقه ماموگرافی، بیشتر از گروه بدون سابقه بود؛ در مطالعه هاتف‌نیا و همکاران نیز، نتایجی مشابه به‌دست‌آمد (۱۰).

همچنین در مطالعه حاضر، هنجارهای ذهنی از پیشگویی‌کننده‌های قصد رفتاری بودند. همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، هنجارهای ذهنی به معنای اعمال فشار افراد مهم بر فرد، برای انجام‌دادن یا ندادن یک رفتار هستند (۶). شرکت‌کنندگان در این مطالعه، مهم‌ترین افراد تأثیرگذار بر خود را درخصوص انجام ماموگرافی، پزشکان، همکارانشان و زنان مبتلا به سرطان پستان مطرح کردند. توصیه و تشویق پزشک و دست‌اندرکاران سلامت، یکی از عوامل مهم تأثیرگذار روی این زنان است؛ در این رفتار خاص، برای مردم، نظر پزشک، نسبت به نظر اعضای خانواده، بیشتر اهمیت دارد؛ به‌نظر می‌رسد که دلیل این موضوع، تخصصی‌بودن ماموگرافی باشد؛ این یافته‌ها با نتایج مطالعه سچولر و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی دارد که نداشتن توصیه پزشک و کمبود مراقبت‌های اولیه را مهم‌ترین پیشگویی‌کننده‌های عدم انجام ماموگرافی معرفی کرده‌اند (۱۵)؛ همچنین در مطالعه سو و همکاران (۲۰۰۶)، داشتن توصیه پزشک، مبنی بر انجام ماموگرافی، تنها پیش‌بینی‌کننده این رفتار در زنان چینی آمریکایی بود (۱۶).

از دیگر پیشگویی‌کننده‌های قصد رفتاری در این مطالعه، کنترل رفتاری درک شده بود که این سازه در مطالعه استیل و همکارانش، قوی‌ترین پیشگویی‌کننده قصد نام‌برده شده بود (۱۱)؛ مفهوم این سازه، بسیار شبیه سازه خودکارآمدی باندورا است؛ میانگین نمره این سازه در گروه دارای سابقه ماموگرافی به‌طور معنی‌داری، بیشتر از گروه دیگر بود؛ در مطالعه هاتف‌نیا نیز، نتایجی مشابه به‌دست‌آمد (۱۰)؛ در مطالعاتی که خودکارآمدی را بررسی کردند نیز، چنین نتایجی حاصل شدند (۱۷ و ۱۸).

آگاهی، پیشگویی‌کننده دیگر قصد ماموگرافی در مطالعه حاضر بود، هرچند این سازه نتوانست خود رفتار ماموگرافی را پیش‌بینی کند و این شاید به این معنا باشد که صرف داشتن آگاهی نمی‌تواند باعث انجام ماموگرافی شود و عواملی دیگر نیز در این میان نقش دارند. در مطالعات پیشین به اهمیت آگاهی در پیشگویی رفتار ماموگرافی در میان زنان ایرانی اشاره شده است؛ برای نمونه، احمدیان و همکاران (۲۰۱۱) بیان می‌کنند، زنانی که ماموگرافی انجام می‌دهند، در این زمینه، اطلاعاتی کافی دارند که این اطلاعات را از منابع مختلف کسب کرده‌اند (۱۹)؛ با این حال در مطالعه حاضر، میانگین نمره آگاهی در میان دو گروه انجام‌دهنده ماموگرافی و امتناع‌کنندگان انجام آن، تفاوتی معنی‌دار نداشت.

در این مطالعه، نگرش نتوانست پیش‌گویی‌کننده رفتار ماموگرافی و قصد انجام آن باشد که شاید دلیل آن، نگرش مثبت به انجام ماموگرافی در بیشتر زنان مورد مطالعه (حتی کسانی که سابقه انجام آن را ندارند) باشد که مشابه مطالعه هاتف‌نیا و همکاران است (۱۰).

با توجه به این یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود، به‌منظور ارتقای آگاهی و اطلاع‌رسانی به بانوان درخصوص انجام ماموگرافی از طریق افزایش توصیه پزشکان در مراکز درمانی مبنی بر ضرورت انجام ماموگرافی و ارائه توصیه‌های پزشکی از طریق رسانه‌های جمعی و مصاحبه با زنان مبتلا به سرطان پستان، گامی در جهت افزایش

همچنین افزایش ارائه توصیه‌ها توسط پزشکان و دست‌اندرکاران سلامت در رسانه‌های عمومی، مداخلاتی مؤثر برای ارتقای این رفتار پیشگیری از سرطان پستان هستند. بدیهی است مطالعات تجربی از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار، قادر خواهند بود تأثیر مدل پیشنهادی این مطالعه را بر ارتقا و پایداری رفتار ماموگرافی مشخص سازند.

### سپاس و قدردانی

این مقاله، برگرفته از طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی اراک است که با کد 18447n1r1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده. از همه شرکت‌کنندگان در مطالعه و رابطان بهداشتی همکار، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

### منابع

- Hortobagyi GN, Garza Salazar J, Pritchard K, Amadori D, Haidinger R, Hudis CA, et al. The global breast cancer burden: variations in epidemiology and survival. *Clinical Breast Cancer*. 2005;6(5):391-401.
- Freak J. *Breast Cancer*. Nursing Standard. 2005;19(29):3-18.
- Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A, Momtahan AJ. Breast cancer in Iran: Results of a multi-center study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2004;5(1):24-7.
- Ebrahimi M, Vahdaninia M, Montazeri A. Risk factors for breast cancer in Iran: a case-control study. *Breast Cancer Research*. 2002;4(5):10-15.
- Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD. Screening for breast cancer. *The Journal of the American Medical Association*. 2005;293(10):1245-56.
- Madden TJ, Ellen PS, Ajzen I. A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1992;18:3-9.
- Sheppard BH, Hartwick J, Warshaw PR. The theory of reasoned action: a meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *The Journal of Consumer Research*. 1988;15:325-43.
- Albarracín D, Johnson BT, Fishbein M, Muellerleile PA. Theories of Reasoned Action and Planned

استقبال از انجام ماموگرافی در زنان ایرانی برداشته شود. قابل‌اشاره است که این مطالعه، چند محدودیت داشت:

(۱) مانند بسیاری از مطالعات، نمونه این مطالعه، ممکن است نماینده تمام زنان ایرانی نباشد، هرچند سعی شده است که نمونه‌ها از تمام شهر اراک انتخاب شوند.

(۲) اطلاعات به روش خودگزارشی و مصاحبه چهره‌به‌چهره جمع‌آوری شده‌اند و ممکن است صحت کامل نداشته باشند.

### نتیجه‌گیری

در نهایت، نتایج این مطالعه نشان دادند، سازه‌های قصد و هنجارهای ذهنی، پیش‌بینی‌کننده «رفتار ماموگرافی غربالگری» و سازه هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و آگاهی، پیش‌بینی‌کننده «قصد رفتاری» هستند. برطرف کردن مشکلاتی نظیر کمبود آگاهی زنان و

Behavior as models of condom use: a metaanalysis. *Psychological Bulletin*. 2001;127:142-61.

- Avis NE, Smith KW, Link CL, Goldman MB. Increasing mammography screening among women over age 50 with a videotape intervention. *Preventive Medicine*. 2004;39(3):498-506.
- Hatefania E, Niknami S. Survey of Factors affecting to predict mammography in employed women aged 35 years and older based on the Theory of planned behavior. *Journal of Health Services Research*. 2013;9(10):1062-70.
- Steele K, Demetrius J. Testing the Theory of Planned Behavior to Predict mammography intention. *Nursing Research*. 2005;54(5):332-8.
- Godin G, Kok G. The theory of planned behavior : A review of its application to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*. 1996;11(2):87-98.
- Ham OK. Factors affecting mammography behavior and intention among Korean women. *Oncology Nursing Forum*. 2006;33(1):113-9.
- Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*. 2001;40(4):471-99.
- Schueler KM, Chu PW, Smith-Bindman R. Factors Associated with Mammography Utilization: A

- Aystematic Quantitative review of the Literature. *Journal of Womens Health*. 2008;17(9):1477-98.
16. Su X, Ma GX, Seals B, Hausman A. Breast cancer early detection among Chinese women in the Philadelphia area. *Journal of Women's Health (Larchmt)*. 2006;15(5):507-19.
17. Ahmadian M, Samah AA, Redzuan M, Emby Z. Predictors of Mammography Screening among Iranian Women Attending Outpatient Clinics in Tehran, Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13: 969-74.
18. Abbaszadeh A, Haghdoost A, Taebi M, Kohan S. The relationship between women's health beliefs and their participation in screening mammography. *Asian Pac J Cancer Prev* 2007; 8: 471-5.
19. Ahmadian M, Samah AA, Emby Z, Redzuan M. Barriers to Mammography among Women Attending Gynecologic Outpatient Clinics in Tehran, Iran. *Scientific Research Essays*. 2011;6:5803-11.