

بررسی عوامل اجتماعی فرهنگی مرتبط با آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان دختر دانشگاه شیراز نسبت به خودآزمایی سینه

مجید موحد^{۱*}، صدیقه البرزی^۲ و محمدتقی عباسی شوازی^۳

چکیده

امروزه دیگر بیماری و مرگ از وقایعی نیستند که منحصراً از نظر زیستی قابل بررسی باشند بلکه با عوامل گوناگون و متعدد اجتماعی- فرهنگی ارتباط دارند. سرطان سینه یکی از بیماری‌هایی است که با مبتلا کردن زنان تأثیرات زبان‌باری بر زندگی اجتماعی می‌گذارد. با توجه به این‌که درمان این بیماری چنانچه در مراحل اولیه شناسایی شود، نتایجی مطلوب‌تر را در پی خواهد داشت، بسیار ضروری است تا زنان از آگاهی کافی، نگرش مثبت و عملکرد مناسب در این زمینه برخوردار باشند. این پژوهش به صورت مقطعی و در مورد ۳۰۵ نفر از دانشجویان انجام شده است. شیوه‌ی نمونه‌گیری سهمیه‌ای بوده و در نهایت، افراد به صورت تصادفی ساده‌گزینش شده‌اند. پرسشنامه، ابزار پژوهش بوده و از نرم افزار Spss جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها بهره‌گیری شد. بر اساس یافته‌ها، آگاهی ۴۳/۱ درصد از افراد مورد مطالعه پایین بوده و ۳۴/۳۲ درصد نسبت به خودآزمایی سینه، نگرش منفی داشته‌اند. همچنین، تنها ۲/۳ درصد به صورت منظم اقدام به انجام خودآزمایی سینه می‌کنند. بنابر نتایج یاد شده، تلاش در راستای آموزش بیش‌تر زنان و ارتقای آگاهی آن‌ها بسیار ضرورت دارد.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، نگرش، عملکرد، سرطان سینه، خودآزمایی سینه.

۱- عضو هیئت علمی (دانشیار) بخش جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز.

۲- دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه شیراز- s-alborzi@rose.shirazu.ac.ir

۳- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز- mtabbasi@rose.shirazu.ac.ir

*- نویسنده‌ی مسئول مقاله: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

پیشگفتار

بیماری دیگر آن چیزی نیست که به حیطةی مطب و درمانگاه منحصر باشد، بلکه مسئله‌ایست که غیر از خود بیمار به دولت، سیاست و درنهایت، به جامعه برمی‌گردد. دیری نیست که مفهوم بیماری هنوز در چهارچوب ارگانی و روابط بین فردی (پزشک و بیمار) پردازش می‌شد و تفسیری که از آن صورت می‌گرفت، تخصصی بود. تا این که تعریف زیستی و فردی آن منسوخ شد و از همان ابتدای نیمه‌ی دوم قرن بیستم ابعاد جمعی و سیاسی به خود گرفت. از آن پس، بیماری از نظر جامعه شناس پدیده‌ی اجتماعی و طبقاتی و در نظر انسان شناس موضوعی فرهنگی آمد و به مثابه‌ی فضای اجتماعی - فرهنگی جلوه کرد (Filip and Heartslick, 1994).

امروزه دیگر بیماری و مرگ از وقایعی نیستند که منحصرأ از نظر زیستی قابل بررسی باشند. مطالعات نشان می‌دهند که چگونه بی احترامی فرد به قواعد اجتماعی او را راهی دیار مرگ می‌کند. چنانچه فرد آگاهی پیدا کند که رابطه‌ی او، خواه به دلیل جادوگری، خواه به خاطر گناهی که کرده، با عناصر تشکیل دهنده‌ی محیط زیست اجتماعی اش قطع شده و یا احساس کند که از گروه خود کنار گذاشته شده است، این فکر دراو پدید می‌آید که چاره‌ی جز مرگ ندارد. این فکر ساده در عمل شخص سالم را به تباهی و سپس مرگ می‌کشاند. بنابراین، بیماری و تجربه‌ی ای که از آن وجود دارد، از حوزه‌ی پزشکی بسیار فراتر می‌رود و در جای جای زندگی اجتماعی‌اش نقش بازی می‌کند. این موضوع بویژه در مورد بیماران مزمن که برای مبارزه با حال خود تنها با مداواگران درگیر نیستند بلکه با عوامل گوناگون و متعدد اجتماعی - فرهنگی سروکار دارند، اهمیت پیدا می‌کند. این فکر که عوامل اجتماعی - فرهنگی بر سلامت انسان تأثیر دارند، چندان تازه نیست. از قرن نوزدهم، متخصصان بهداشت میزان مرگ و میر گروه‌های اجتماعی را نشان داده‌اند. تا آن زمان نظریه‌ی "سبب شناسی ویژه" که علت هر بیماری را نتیجه‌ی عمل یک میکروب می‌دانست، توجه به دلایل اجتماعی را منحرف می‌ساخت. از سال‌های ۱۹۷۰ دانشمندان پژوهش‌های خود را بر پایه‌ی جنبه‌های روانی - اجتماعی مؤثر بر وضعیت سلامتی استوار نمودند و بدین ترتیب نوعی اپیدمی‌شناسی اجتماعی در مورد بیماری پا گرفت و رشد کرد.

در زندگی بشر، سرطان یک بیماری هراس انگیز بشمار می‌رود. فرد مبتلا به سرطان خود را پایان خط زندگی تصور می‌کند و امیدی به درمان ندارد. با این که در برخی از موارد می‌توان از شر سرطان خلاصی یافت، اما هم‌چنان مانند اپیدمی‌های سابق در خیال ما جز با مرگ همراه نیست (همان منبع). روزانه شمار زیادی از افراد با تشخیص ناگهانی یکی از انواع سرطان روبه‌رو می‌شوند و سعی بر غلبه آن دارند (Mahmoodi and Yazdanparast, 2004). پزشکان بر این باورند که در معالجه‌ی سرطان بزرگ‌ترین عامل توفیق آگاهی و شناخت فرد از سرطان در مراحل اولیه است.

سرطان سینه نیز از این مسئله مستثنی نیست و کشف به هنگام آن از اهمیتی ویژه برخوردار است. این بیماری از شایع‌ترین سرطان‌های عفونی زنان است (Naseri, 2006).

با نگاهی به آمار و ارقام ارایه شده به وسیله‌ی نهادهای مربوطه درمی‌یابیم که شیوع سرطان سینه در حد نسبتاً بالایی بوده و این موضوع یکی از مسائلی است که در قلمرو بهداشت و سلامت از اهمیت بسزایی برخوردار است. از آن‌جا که این بیماری در سنینی رخ می‌دهد که زنان در اوج مسئولیت‌های زندگی خانوادگی شغلی و اجتماعی هستند و هم‌چنین، به دلیل ماهیت درمان این بیماری (برداشتن سینه) نگرانی‌های زیادی در افراد پدید می‌آید و ناآگاهی از این موضوع و داده‌های ناکافی یا نادرست می‌تواند فرد را دچار سرگردانی کرده و درمان بیماری را نیز مختل نماید. چنان‌چه شناسایی این بیماری به موقع رخ ندهد، به برداشتن کامل بافت سینه منجر شده و هم‌چنین احتمال مرگ نیز به مراتب افزایش می‌یابد. افزون بر این، باید در نظر داشت که پس از عمل جراحی بیمار به گذراندن مراحل اشعه درمانی و شیمی درمانی نیازمند است که این نوع درمان نیز او را از نظر جسمانی و روانی دچار آسیب می‌سازد. این بیماری به افسردگی و ایجاد تصویر ذهنی منفی از خویشتن شده و این موضوع در ارتباط فرد با همسر فرزندان و اطرافیان تأثیر منفی بر جای خواهد گذاشت. از دیگر پیامدهای دیگر واکنش‌های ناسازگارانه روانی اجتماعی از قبیل بکارگیری ساز و کارهای دفاعی مثل خشم، انکار، ناامیدی، خطر خودکشی و ... است (Mahmoodi & Yazdanparast, 2004).

با توجه به نقش زن در استحکام بنیان خانواده و هم‌چنین، پرورش فرزندان و نیز با توجه به پیامدهایی که بیان شد، روشن است که ابتلا به این بیماری در انسجام خانواده آثار منفی و مخربی بر جای خواهد گذاشت و در نهایت نیز به کل جامعه آسیب می‌رساند. با توجه به نقش آگاهی، نگرش و انجام رفتارهای بهداشتی می‌توان ادعا کرد که عوامل اجتماعی فرهنگی نقشی بسیار مهم در ایجاد حفظ و یا از میان رفتن سلامت انسان دارند. با توجه به اهمیت و ضرورت پژوهش در این زمینه و توجه به این‌که دانشجویان در ابتدای سن خودآزمایی قرار داشته و با این حال، یکی از گروه‌های مرجع در جامعه بشمار می‌روند و می‌توانند آگاهی خود را جهت عملکرد مناسب بکار گرفته و آن را به دیگران نیز انتقال دهند و باعث بالارفتن سطح آگاهی دیگران شوند، این انگیزه در پژوهشگران ایجاد شد تا عوامل اجتماعی فرهنگی مرتبط با آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان دختر را نسبت به خودآزمایی سینه بررسی کنند.

مروری بر پژوهش‌های پیشین

پدرام و همکاران (Pedram et al, 2010)، اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه را مورد مطالعه قرار دادند. این پژوهش مطالعه‌ای شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. به این منظور، ۲۰ بیمار مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به بیمارستان شفای اهواز در بهار ۱۳۸۹ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گرد آوری داده‌ها پرسشنامه‌های اضطراب بک، افسردگی بک و امیدواری میلر بود که پیش از آغاز گروه درمانی و در پایان دوره‌ی درمان به وسیله‌ی بیماران دو گروه تکمیل شدند. گروه درمانی به گونه‌ای معنا دار به کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش امیدواری بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل منجر شد، اما چنین تغییراتی در گروه کنترل مشاهده نشد.

فیروزه و همکاران (Firoozeh et al, 2010)، تأثیر آموزش بر آگاهی و نگرش دانشجویان دختر نسبت به خودآزمایی پستان را مورد مطالعه قرار دادند. در این مطالعه، ۱۷۴ دانشجوی از راه نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه‌ی ابزار سنجش بود. پس از تکمیل پرسشنامه برنامه‌ی آموزشی طراحی و با سخنرانی، مدل آموزشی ارائه شد. پس از ۴ ماه همان پرسشنامه دوباره تکمیل شد. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها نتایج نشان داد که میانگین نمره‌ی آگاهی و نگرش دانشجویان پس از آموزش به گونه‌ای معنی داری افزایش یافته است.

نقیبی و همکاران (Naghibi et al, 2009)، به مطالعه‌ی دانش، نگرش و عملکرد بهورزان زن شهرستان ماکو در مورد خودآزمایی پستان پرداختند. این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی مقطعی بوده که با روش سرشماری انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بوده و با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد به ترتیب ۴۹/۴ درصد از آگاهی خوب و متوسط در مورد خودآزمایی پستان برخوردار بودند، ۵۰/۶ درصد آگاهی پایین داشتند و ۷۶ درصد آنان نسبت به خود آزمایی پستان دارای نگرش مثبت بودند. علل عدم انجام خود آزمایی پستان‌ها از نظر نمونه‌های پژوهش، ۵/۶ درصد بیش‌تر شدن نگرانی، ۲/۲ درصد مشغله زیاد، ۱/۱ درصد ترس از تشخیص، ۱۲/۴ درصد عدم توانایی انجام آن به تنهایی و ۱۱/۲ درصد باور نداشتن به آن حتی در صورت احتمال ابتلا به سرطان پستان بود. از جهت عملکرد ۹ درصد عملکرد خوب، ۶۱/۸ درصد عملکرد متوسط و ۲۹/۲ درصد عملکرد پایین داشتند. در این مطالعه، ارتباط معنی داری بین آگاهی با داشتن نگرش مثبت و هم‌چنین، نوع نگرش با نحوه عملکرد وجود داشت ($p \leq 0.045$).

اکبرزاده و همکاران (Akbarzadeh et al, 2008)، به مقایسه‌ی تأثیر آموزش خودآزمایی پستان به وسیله‌ی همسالان و پرسنل بهداشتی بر آگاهی و نگرش دانشجویان پرداخته‌اند. در این پژوهش

مشاهده شد که اختلافی معنی دار بین میانگین نمره آگاهی و نگرش دو گروه بلافاصله پس از آموزش وجود داشت، به گونه‌ای که میانگین نمره‌ی آگاهی افراد گروه آموزش به وسیله‌ی همسالان بالاتر از میانگین نمره‌ی آگاهی افراد گروه آموزش به وسیله‌ی پرسنل بهداشتی بود، ولی تفارتنی معنی دار بین نگرش دو گروه ۶ هفته پس از آموزش وجود نداشت. نمره‌ی آگاهی و نگرش قبل، بلافاصله و ۶ هفته پس از آموزش در دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشده است.

ایکنور و همکاران (Iknur et all, 2008)، به بررسی موانع مواجه شده به وسیله‌ی ماماها در طول خودآزمایی سینه پرداختند. در نتایج این پژوهش، مشاهده شد که ۹۰/۳ درصد از ماماها اظهار داشتند که خودآزمایی سینه را اجرا می‌کنند. در این مطالعه بنظر می‌رسد که ۸۲/۶ درصد از آنها خودآزمایی سینه را به گونه‌ی نامنظم انجام می‌دهند. در حالی که ۹۷/۱ درصد از ماماها باور دارند که خودآزمایی سینه بسیار مهم است، ۷۸/۶ درصد از آنها اظهار کرده اند که در شغلشان خودآزمایی سینه را آموزش دیده‌اند. تقریباً ۸۲/۵ درصد از آنها گفته‌اند که خودآزمایی سینه را به زنان آموزش می‌دهند. ماماها بیان داشته‌اند که موانع بسیار فراوانی وجود دارد که زنان خودآزمایی سینه را بکار گیرند. زنان نمی‌توانند توده‌ها را از بافت طبیعی سینه تشخیص بدهند (۴۸/۵٪)، زنان در تشخیص توده‌ها اطمینان ندارند (۴۸/۵٪) و ۴۱/۷٪ از آنها نمی‌خواهند درباره‌ی سرطان فکر کنند.

کارلی و همکاران (Karelli et all, 2008)، به بررسی دانش، نگرش و عملکرد زنان ساو پائولو نسبت به خودآزمایی سینه پرداختند. در این مطالعه پرسشنامه‌ی ۳۹۲ زن در چهار گروه مورد بررسی قرار گرفتند. گروه نخست، ۱۰۱ زن باردار؛ گروه دوم، ۹۵ فیزیکی‌دان؛ گروه سوم، ۹۵ دانشجوی پزشکی و گروه چهارم ۱۰۱ مامای زنان. نتایج نشان داد که ۹۰/۳ درصد از زنان خودآزمایی سینه را اجرا می‌کردند. گروه نخست پایین‌ترین نرخ را داشتند (۶۹/۳٪). در حالی که خودآزمایی مناسب و مفید باید دست کم ماهی یک بار انجام شود، تنها ۳۰/۴٪ از زنان در این گروه قرار می‌گیرند. پایین‌ترین اجرای خودآزمایی سینه در گروه نخست و بهترین نرخ خودآزمایی در گروه دوم یافت شد. برای زنان در گروه نخست، رسانه‌های جمعی، مهم‌ترین منبع کسب آگاهی درباره‌ی خودآزمایی سینه بود در حالی که برای گروه‌های دیگر منابع پزشکی به عنوان مهم‌ترین منبع شناخته شده بود.

دارنلا و همکاران (Darnela et all, 2006)، پژوهشی در زمینه‌ی سرطان سینه، با هدف بررسی دانش درباره‌ی سرطان سینه و مشارکت در فعالیت‌های مربوط به کلیسا به عنوان جهت دهنده‌ی اجباری آزمایش ماموگرافی انجام دادند. نتایج نشان داد که زنان افریقایی آمریکایی که در طول دوره‌ی اقدام چهار بار یا بیش‌تر درباره‌ی سرطان سینه یا ماموگرام‌ها شنیده‌اند یا خوانده‌اند، در

مقایسه با زنانی که تنها یک بار با این داده‌ها برخورد کرده اند، ۱۵ بار بیش‌تر ماموگرافی را انجام داده اند. تکرار کلیدی است برای موفقیت، ضعف یا شدت مشارکت برای شرح ماموگرافی دریافت شده به وسیله‌ی زنان لاتینی به اندازه‌ی زنان آفریقایی امریکایی، به خوبی قابل درک نیست. مصاحبه‌های کیفی هدایت شده‌ی روحانیون و کشیشان نتیجه‌گیری‌های مربوط به نقش کلیسا و اهمیت رهبران را تایید می‌کند.

مبانی نظری

مدل اورم^۱

اورم، کلیت انسان و توانایی منحصر به فرد او را در "مراقبت از خود" مورد توجه قرار می‌دهد. اورم (Orem, 1995) مراقبت از خود را "توان مراقبت از خود" نامید. به باور اورم، انسان‌ها موجوداتی دانا و متفکرند و همیشه آمادگی ارزیابی موقعیتی که در آن قرار می‌گیرند و نشان دادن واکنش‌های مقتضی به این موقعیت‌ها را دارند. افزون بر این، انسان‌ها توانایی تصمیم‌گیری در مورد این که چه اقدام‌هایی را انجام بدهند و یا ندهند را نیز دارند. در نهایت، انسان‌ها موجوداتی منحصر به فرد هستند که بمنظور دستیابی به اهداف خود دست به انجام اقدام‌های سنجیده و همراه با تفکر و تامل می‌زنند. اورم، بر این باور است که انسان‌ها توانایی بالقوه‌ی کسب دانش و مهارت‌های مورد نیاز و همچنین انگیزه‌های لازم برای انجام مراقبت از خود و خانواده‌شان را دارند. او باور دارد که توانایی انسان در انجام فعالیت‌های "مراقبت از خود"، تحت تاثیر مجموعه‌ای از عوامل نظیر سن، جنسیت، عادات و خوگیری‌های اجتماعی - فرهنگی، عامل‌های خانوادگی، الگوهای زندگی، عامل‌های محیطی، میزان دسترسی به منابع لازم برای "مراقبت از خود" و همچنین، کفایت این منابع قرار دارد. معمولاً یک فرد سالم از نظر اورم، توانایی کافی برای برآوردن نیازهای عمومی "مراقبت از خود" برخوردار است (Agelton, 2003).

مدل باورهای بهداشتی^۲ (باور بهداشتی)

مدل باورهای بهداشتی تلاش می‌کند تا رفتارهای بهداشتی را توضیح دهد و باور دارد که تصمیم در ارتباط با رفتارهای بهداشتی به وسیله‌ی مجموعه‌ای از باورها پیش بینی می‌شود که این باورها شامل آسیب پذیری درک شده، شدت وخامت (تهدیدهای) درک شده، فواید و منافع درک

¹- Orem

²- Health Belief Model

شده، موانع و هزینه‌های درک شده و خودکارآمدی است. بر اساس این نظر باورها و نگرش‌های مثبت نسبت به رفتارهای بهداشتی با تمایل بیش‌تر افراد برای انجام آن رفتارها ارتباط دارد. این الگو دربرگیرنده‌ی تاثیرات محیطی مانند عوامل عقیدتی و اجتماعی است که در خانه، مدرسه، محل کار و یا از راه رسانه‌های گروهی تاثیر خود را می‌گذارد. این عوامل، تاثیر خود را از راه تماسی که با متخصصان بهداشتی و سایر افراد مهم دارند، اعمال می‌کنند. افراد ممکن است به واسطه‌ی انجام یک‌سری کارها نفع ببرند، اما موانعی که بر سر انجام این امور وجود دارد، سلامتی آن‌ها را تحت تاثیر قرار خواهد داد. آن‌ها هم‌چنین، پندارهایی درباره‌ی بیماری‌هایی که ممکن است آن‌ها را تهدید کند، دارند و این پندارها ناشی از میزان آمادگی و استعداد آن‌ها برای بیمار شدن، جدی بودن بیماری و میزان پاسخ دهی به درمان می‌باشد (Lest, 2003). مفهوم خودکارآمدی در این نظریه نیز مهم تلقی شده است و به معنای اطمینان شخص در توانایی اجرای اقدام‌ها به صورت موفقیت آمیز می‌باشد (Maiman and Becker, 1987).

روی هم رفته، مدل باورهای بهداشتی باور دارد که یک فرد اقدام‌های مربوط به بهداشت را انجام خواهد داد زمانی که:

- احساس کند یک موقعیت و پیشامد منفی مانند بیماری‌های عفونی قابل پیشگیری است.
- انتظاری مثبت دارد که با انجام فعالیت‌های توصیه شده از آن موقعیت منفی در امان خواهد ماند.

- باور داشته باشد که فعالیت‌های توصیه شده را با موفقیت انجام خواهد داد.
دانش، نگرش‌ها و مهارت‌ها نقشی مهم در تشکیل و دوام رفتارهای خاص بازی می‌کنند که رفتارهای آگاهانه مرتبط با بهداشت نیز جزیی از این رفتارها هستند. در واقع، محیط اجتماعی و فرهنگی، دانش و نگرش‌ها را قویاً تحت تاثیر قرار می‌دهد.

نظریه‌ی فعالیت‌های معقول^۱ (رفتارهای برنامه ریزی شده)

نظریه‌ی رفتارهای برنامه‌ریزی شده به گونه‌ی عمده از یک سو به ارتباط بین آگاهی و نگرش و از سوی دیگر به نگرش و رفتار اشاره می‌کند و باور دارد که افراد اغلب به شیوه‌ی ای مشهود و محسوس رفتار می‌کنند. آن‌ها داده‌های موجود را بررسی و معانی و دلایل رفتارهای مورد نظرشان را پردازش می‌کنند. این نظریه بیان می‌کند که انجام یک رفتار معین به گونه‌ی اساسی و عمده به وسیله‌ی هدف فرد برای انجام آن رفتار تعیین می‌گردد. این هدف نیز به وسیله‌ی دو عامل مشخص می‌شود: نگرش فرد در برابر رفتار (باور درباره‌ی نتایج رفتار و ارزش این نتایج) و تاثیر محیط

^۱ - Rational Activities Theory

اجتماعی فرد و هنجارهای معقول (ذهنی). نگرش‌های در برابر رفتار، به وسیله‌ی باورهای برجسته‌ی فرد در مقابل آن رفتار تعیین می‌شود، اما برخی عوامل مهم این نسبت علی و معلولی را تعدیل می‌کنند. در نخستین مرحله، پنداشته می‌شود که رفتار به وسیله‌ی هدف تعیین می‌شود. در مرحله‌ی دوم هدف به وسیله‌ی نگرش‌ها در برابر رفتار و هنجارهای معقول (ذهنی) مشخص می‌گردد و در مرحله‌ی سوم این نگرش‌های رفتاری و هنجارهای معقول (ذهنی) با رجوع به باورهای مربوط به نتایج انجام رفتارهای بهداشتی شکل گرفته‌اند. مفهومی که در این نظریه به چشم می‌خورد، "کنترل رفتاری درک شده" بر تمامی فرصت‌ها، منابع و مهارت‌های لازم برای اجرای یک رفتار است. این مفهوم با مفهوم "خودکارآمدی" در مدل باورهای بهداشتی شباهت بسیاری دارد.

به طور خلاصه، نظریه‌ی رفتارهای برنامه‌ریزی شده توضیح می‌دهد که چگونه تدابیر تغییر رفتار فردی می‌تواند میان جوامع تحت تأثیر قرار گرفته و برای ایجاد تغییر اجتماعی پراکنده شود. فرد می‌تواند بر هنجارهای جامعه تأثیر بگذارد. بحث‌های نظری می‌تواند از تأکید عموم (کلی) بر تغییر هنجارهای جامعه به وسیله‌ی راههای کاهش خطر در گروههایی خاص از قبیل نوجوانان، فراری‌ها و معتادان برگرفته شود (Maiman and Becker, 1974).

نظریه‌ی یادگیری اجتماعی^۱ (چارچوب نظری پژوهش)

اگر چه نظریه‌ی شناخت اجتماعی عناصر مکانیکی و ارگانیکی رفتار را در نظر می‌گیرد، اما یک نظریه‌ی کاملاً موقعیتی است زیرا رفتار را در تعامل فرد با محیط توضیح می‌دهد (Pintrich and Schunk, 2002). نظریه‌ی شناخت اجتماعی بر اجتماعی کردن افراد تأکید دارد: این که چگونه فرد به وسیله‌ی تجربیات، روابط خانوادگی، گروه همسالان، معلمان، باورهای مذهبی، نقش‌های معتبر و دیگر عوامل اجتماعی کردن تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این نظریه تلاش می‌کند تا توضیح دهد که مردم چگونه فکر می‌کنند و چه عواملی رفتارشان را تعیین می‌نماید. بر اساس این نظریه باید گفت که در رفتار انسان عوامل شناختی یا شخصی (دانش، انتظارات و نگرش)، تاثیرات محیطی (هنجارهای اجتماعی و...) و رفتار (مهارت‌ها، تمرین، خودکارآمدی) با یکدیگر در تعامل هستند (Bandura, 2001).

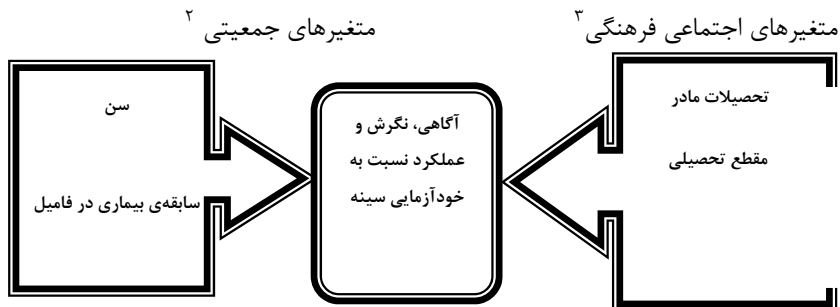
از این دیدگاه اشخاص نه به وسیله‌ی نیروهای درونی خود به سمت رفتاری سوق داده می‌شوند و نه به گونه‌ی خودکار به وسیله‌ی محرک‌های بیرونی. بر اساس مدل ارایه‌ی شده به وسیله‌ی باندورا جهت تأثیر بین سه عامل رفتار، عوامل شخصی و محیط یکسان نیست بلکه غالباً یک یا دو

^۱ - Social Learning Theory

عامل بر عوامل دیگر غلبه می‌کنند (Pintrich and Schunk, 2002). در این نظریه نیز به مفهوم "خودکارآمدی" توجه شده است. خودکارآمدی عبارت است از برداشت افراد از توانایی‌هایشان برای سازماندهی و انجام سطوح اعمال مورد نیاز برای فعالیت‌های خاص (Bandura, 1986). خودکارآمدی بر انتخاب فعالیت‌ها، تلاش و کوشش افراد جهت تحقق تأثیر می‌گذارد، یعنی یک فرد باید به توانایی‌اش در انجام یک رفتار باور داشته باشد، باید انگیزه و تمایل برای انجام آن داشته باشد و برای نتایج آن رفتار ارزش قایل شود. این نتایج ممکن است در برگزیده‌ی فواید آنی باشد یا فواید طولانی مدت را دربرگیرد (Bandura, 2001).

این نظریه برای توجیه رفتارهایی هم‌چون اقدام‌های پیشگیری از سرطان سینه (تکنیک خودآزمایی سینه) مناسب است زیرا به رابطه‌ی دانش، مهارت‌ها، نگرش‌ها، روابط شخصی و تأثیرات محیطی با رفتار بهداشتی تأکید کرده است. بنابراین، با توجه به نظریه‌ی شناخت اجتماعی می‌توان گفت که افراد با توجه به آگاهی و نگرش خود، احساس توانایی انجام رفتار بهداشتی مورد نظر و هنجارهای اجتماعی آموخته شده در روابط اجتماعی و شخصی، به انجام خودآزمایی سینه خواهند می‌پردازند.

مدل نظری^۱



¹ - Theory Model

² - Demography Variables

³ - Socio Cultural Variables

فرصه‌های پژوهش

- ۱- بنظر می‌رسد، بین سن و آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به خودآزمایی سینه رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.
- ۲- بنظر می‌رسد، بین مقطع تحصیلی و آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به خودآزمایی سینه رابطه‌ای معنی‌داری وجود دارد.
- ۳- بنظر می‌رسد، بین تحصیلات مادر و آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به خودآزمایی سینه رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.
- ۴- بنظر می‌رسد، بین سابقه‌ی فامیلی بیماری و آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به خودآزمایی سینه رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.

روش پژوهش

این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده است. جامعه‌ی پژوهش دانشجویان دختر دانشگاه شیراز می‌باشد. حجم نمونه با استفاده از جدول لین^۱ و ضریب خطای پنج درصد ۳۰۵ نفر بوده است. در این مطالعه با استفاده از نمونه‌گیری سهمیه‌ای متناسب با تعداد کل دانشجویان نمونه‌گیری انجام شده و در نهایت، افراد به روش تصادفی ساده گزینش شدند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های خود تکمیلی بوده که در چهار بخش و به این ترتیب تنظیم شده است: داده‌های دموگرافی و پرسش‌های مربوط به سابقه‌ی بیماری، داده‌های مربوط به آگاهی افراد که در قالب جدول تنظیم شده، داده‌های مربوط به نگرش که در این بخش نیز پرسش‌ها به صورت جدول درآمد و در نهایت، با یک پرسش عملکرد افراد مورد پرسش قرار گرفته است. در این پژوهش برای دستیابی به اعتبار ابزار سنجش، اعتبار صوری پرسشنامه به وسیله‌ی برخی از صاحب‌نظران مورد بررسی و تایید قرار گرفت و محاسبه‌ی ضریب پایایی « آلفای کرونباخ» پرسش‌های مربوط به نگرش نشان داد که با دارا بودن ضریب ۰/۸۲ از پایایی بالایی برخوردار بوده و جهت استخراج نمره‌های مربوط به آگاهی به پاسخ صحیح نمره ۱ و پاسخ نادرست نمره‌ی صفر تعلق گرفت که در آخر نمره‌ی آگاهی با جمع نمره‌های هر پرسش بدست آمد. نمره‌ی نگرش نیز با استفاده از طیف لیکرت تعیین شد. پس از گردآوری داده‌ها، آن‌ها را کدگذاری کرده و پس از وارد کردن به رایانه با استفاده از روش‌های آماری آزمون T، آزمون F، مجذور خی و رگرسیون در نرم افزار SPSS به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداختیم.

1- Lin

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که از نظر سن، بیش‌ترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۴-۲۱ است که ۴/۵ درصد از کل پاسخگویان را به خود اختصاص داده است. ۸۱ درصد از دختران مورد بررسی مجرد و ۱۹ درصد دیگر متاهل بودند. بیش‌ترین پاسخگویان در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بوده‌اند (۶۹/۵). محل تولد ۱۳/۲ درصد از افراد روستا ۵۰/۸ درصد شهر و ۳۶ درصد نیز مرکز استان بوده است. از نظر تحصیلات مادر ۴۳/۲ درصد در گروه بی سواد و راهنمایی بوده‌اند و بیش‌ترین مادران (۸۲/۵) خانه دار گزارش شده‌اند. در ۸۰/۷ درصد از پاسخگویان این بیماری در میان فامیل و دوستان سابقه نداشته و در ۱۹/۳ درصد سرطان سینه سابقه‌ی فامیلی داشته‌اند. در میان منابع کسب آگاهی (کارشناسان بهداشت، کتاب، بروشورها و مجله‌ها، همسایگان و آشنایان، آموزش حضوری مثل کارگاه‌ها، رادیو و تلویزیون و پزشک)، بروشورها و مجله‌ها بالاترین درصد و آموزش حضوری پایین‌ترین درصد را داشته است.

از لحاظ آگاهی ۴۳/۱ درصد از آگاهی پایین، ۴۲/۳ درصد از آگاهی متوسط و ۱۴/۶ درصد از آگاهی بالایی برخوردار بوده‌اند. با توجه به نمره‌ی نگرش مشاهده شد که ۳۴/۲ درصد افراد دارای نگرش منفی هستند، ۴۱/۷ درصد نگرش میانه و ۲۴/۱ درصد نیز نگرش مثبت داشته‌اند. فرضیه‌ی یک: بنظر می‌رسد، بین سن و آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به خودآزمایی سینه رابطه‌ای معنی دار وجود دارد.

جدول ۱- بررسی رابطه‌ی سن با آگاهی و نگرش نسبت به خودآزمایی سینه

نام متغیر	R	R ²	R2.Ad	Standard Error	B	Beta	T	F	سطح معنی داری
آگاهی	۰/۱۳۴	۰/۱۸	۰/۱۵	۰/۰۷۱	۰/۱۹۱	۰/۱۳۴	۲/۶۸۱	۷/۱۸۵	۰/۰۰۸
سن	۰/۱۶۴	۰/۰۲۷	۰/۰۲۵	۰/۱۲۸	۰/۴۲۲	۰/۱۶۴	۳/۲۹۹	۱۰/۸۸	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج بدست آمده در جدول ۱، مقدار همبستگی پیرسون $R=0/134$ بوده و مقدار ضریب تعیین $R^2=0/18$ می‌باشد که حاکی از آن است که متغیر سن تنها ۱۸ درصد از واریانس متغیر وابسته را در جمعیت نمونه تبیین می‌کند. مقدار ضریب تعیین استاندارد $R^2.Ad=0/15$ است که نشان می‌دهد که ۱۵ درصد از واریانس متغیر وابسته را در جامعه‌ی آماری تبیین می‌کند. سطح معنی‌داری، یعنی $Sig=0/008$ بیانگر این است که بین سن و آگاهی نسبت به خودآزمایی

سینه رابطه‌ای معنی دار وجود دارد. همچنین، مشاهده می‌کنیم که مقدار همبستگی پیرسون $R=0/164$ بوده و مقدار ضریب تعیین $R^2=0/027$ می‌باشد که حاکی از آن است که متغیر سن تنها ۲/۷ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کند. مقدار ضریب تعیین استاندارد $0/025$ $R^2.Ad=$ است که نشان می‌دهد که ۲/۵ درصد از واریانس متغیر وابسته را در جامعه‌ی آماری تبیین می‌نماید. سطح معنی داری، یعنی $Sig=0/001$ بیانگر این است که فرضیه‌ی ما تأیید شده و بین سن و نگرش نسبت به خودآزمایی سینه رابطه‌ای معنی دار وجود دارد.

جدول ۲- بررسی رابطه‌ی سن با عملکرد نسبت به خودآزمایی سینه

	سن		سن
	۲۱-۲۴	۱۷-۲۰	خودآزمایی
انجام نمی‌دهم	۱۱۴	۱۰۷	۳۸
	۶۰/۹۶	۷۲/۷۸	۶۳/۳
نامنظم انجام می‌دهم	۶۸	۳۷	۲۱
	۳۶/۳۶	۲۵/۱۷	۳۵
منظم انجام می‌دهم	۵	۳	۱
	۲/۶۷	۲/۰۴	۱/۶
	$X^2 = 5/502$	$Df = 4$	$Sig = 0/240$

در جدول بالا، بیش‌ترین درصد که به گونه‌ی منظم، عمل خودآزمایی را انجام می‌دهند، گروه سنی ۲۱-۲۴ هستند. مجذور خی برابر است با $5/502$ و با توجه به $Sig=0/240$ می‌توان دریافت که بین سن و عملکرد رابطه‌ای معنی دار دیده نمی‌شود.

فرضیه‌ی دو: بنظر می‌رسد، بین مقطع تحصیلی و آگاهی و نگرش و عملکرد نسبت به خودآزمایی سینه رابطه‌ای معنی دار وجود دارد.

جدول ۳- بررسی رابطه‌ی مقطع تحصیلی با آگاهی و نگرش نسبت به سرطان سینه

نام متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	سطح معنی داری
کارشناسی	۲۷۴	۸/۰۳	۴/۱۳۷	۱۹/۹۴۱	۰/۰۰۰
کارشناسی ارشد	۵۵	۸/۸۲	۳/۶۰۶		
دکتری حرفه‌ای	۵۱	۱۲/۳۵	۲/۴۷۲		
دکتری تخصصی	۱۴	۱۱/۲۱	۲/۹۱۴		
کارشناسی	۲۷۴	۶۸/۴۱	۷/۴۳۱	۷/۴۵۹	۰/۰۰۰
کارشناسی ارشد	۵۵	۷۱/۴۰	۷/۳۷۰		
دکتری حرفه‌ای	۵۱	۷۳/۰۸	۶/۴۰۶		
دکتری تخصصی	۱۴	۶۹/۸۶	۶/۴۳۱		

با توجه به مقدار $F=19/941$ و سطح معنی داری $0/000$ در جدول ۳ و نیز مقدار $F=7/459$ و سطح معنی داری $0/000$ ، ارتباط قوی معنی داری میان مقطع تحصیلی و آگاهی و نگرش به خودآزمایی سینه دیده می‌شود.

جدول ۴- بررسی رابطه مقطع تحصیلی با عملکرد نسبت به خودآزمایی سینه

مقطع تحصیلی				مقطع
دکتری تخصصی	دکتری حرفه‌ای	کارشناسی ارشد	کارشناسی	
۱۰	۲۱	۳۱	۱۹۷	خودآزمایی انجام نمی‌دهم
٪۷۱/۴۲	٪۴۱/۲	٪۵۶/۳۶	٪۷۱/۸۹	
۴	۲۹	۲۴	۶۹	نامنظم انجام می‌دهم
٪۲۸/۵۷	٪۵۶/۸۶	٪۴۳/۱۶	٪۲۵/۱۸	
۰	۱	۰	۸	منظم انجام می‌دهم
٪۰	٪۱/۹۶	٪۰	٪۲/۹۱	
$X^2= 25/371$		$Df= 6$		$Sig= 0/000$

از بررسی ارتباط مقطع تحصیلی با عملکرد نسبت به خودآزمایی، مشاهده می‌کنیم که $25/371 = X^2$ است و سطح معنی داری یعنی $\text{Sig} = 0/000$ ، نشان دهنده این می‌باشد که بین مقطع تحصیلی و عملکرد رابطه‌ی قوی معنی‌دار وجود دارد.

فرضیه‌ی سه: بنظر می‌رسد، بین تحصیلات مادر و آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به خودآزمایی سینه رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۵- بررسی رابطه‌ی تحصیلات مادر با آگاهی و نگرش نسبت به سرطان سینه

نام متغیر	متغیر وابسته	R	R ²	R ² .Ad	Standard Error	ضریب B	Beta	T	F	سطح معنی داری
تحصیلات	آگاهی	0/111	0/12	0/10	0/042	0/92	0/111	2/218	4/918	0/027
مادر	نگرش	0/149	0/22	0/20	0/075	0/224	0/149	2/987	8/925	0/003

نتایج بدست آمده از جدول ۵، بیان می‌کند که مقدار همبستگی پیرسون $R = 0/111$ بوده و مقدار ضریب تعیین $R^2 = 0/012$ می‌باشد که حاکی از آن است که متغیر سن تنها ۱/۲ درصد از واریانس متغیر وابسته را در جمعیت نمونه تبیین می‌کند. مقدار ضریب تعیین استاندارد $R^2.Ad = 0/010$ است که ۱ درصد از واریانس متغیر وابسته را در جامعه‌ی آماری تبیین می‌کند. سطح معنی داری، یعنی $\text{Sig} = 0/027$ بیانگر این است که بین تحصیلات مادر و آگاهی نسبت به خودآزمایی سینه رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد. هم‌چنین، با توجه به مقدار همبستگی پیرسون $R = 0/149$ و ضریب تعیین $R^2 = 0/022$ در می‌یابیم که متغیر سن تنها ۲/۲ درصد از واریانس متغیر وابسته را در جمعیت نمونه تبیین می‌کند. مقدار ضریب تعیین استاندارد $R^2.Ad = 0/020$ است که نشان می‌دهد ۲ درصد از واریانس متغیر وابسته را در جامعه‌ی آماری تبیین می‌کند. سطح معنی داری، یعنی $\text{Sig} = 0/003$ بیانگر این است که بین تحصیلات مادر و نگرش نسبت به خودآزمایی سینه رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۶- بررسی رابطه‌ی تحصیلات مادر با عملکرد نسبت به خودآزمایی سینه

تحصیلات مادر						خودآزمایی
بی سواد	ابتدایی	راهنمایی و متوسطه	دیپلم	فوق دیپلم و لیسانس	لیسانس و بالاتر	
۴۴	۷۶	۷۰	۴۳	۲۲	۴	انجام نمی‌دهم
٪۷۴/۶	٪۶۸/۴۶	٪۶۶	٪۵۸/۱	٪۶۶/۶	٪۳۶/۳	
۱۵	۳۲	۳۴	۲۸	۱۱	۶	نامنظم انجام می‌دهم
٪۲۵/۴۲	٪۲۸/۸۲	٪۳۲	٪۳۷/۸۳	٪۳۳/۳	٪۵۴/۵	
۰	۳	۲	۳	۰	۱	منظم انجام می‌دهم
٪۰	٪۲/۷	٪۱/۸	٪۴	٪۰	٪۰/۹	
Sig= / 276		df = 10		X ² = 12/14		

چنانچه جدول بالا نشان می‌دهد، مجذور خی برابر است با ۱۲/۱۴، درجه‌ی آزادی برابر با ۱۰ و در نهایت، سطح معنی داری ۰/۲۷۶ می‌باشد. Sig= ۰/۲۷۶ بیانگر این است که میان تحصیلات مادر و عملکرد رابطه وجود دارد و فرضیه‌ی ما مورد تأیید قرار می‌گیرد.

فرضیه‌ی چهارم: بنظر می‌رسد، بین سابقه‌ی فامیلی بیماری و آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به خودآزمایی سینه رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.

فرضیه‌ی چهارم: بنظر می‌رسد، بین سابقه‌ی بیماری در فامیل و آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به خودآزمایی سینه رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۷- بررسی رابطه‌ی سابقه‌ی بیماری با آگاهی و نگرش نسبت به خودآزمایی سینه

نام متغیر	سابقه‌ی بیماری	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار T	سطح معنی داری
آگاهی	خیر	۳۱۸	۸/۷۳	۴/۲۱	-۰/۹۱	۰/۰۱۹
	بلی	۷۶	۹/۱۷	۳/۷۳		
نگرش	خیر	۳۱۸	۶۹/۴۲	۷/۲۲	-۳/۰۱	۰/۱۱۲
	بلی	۷۶	۶۹/۷۱	۸/۳۷		

از جدول آزمون تی مستقل و سطح معنی داری ۰/۰۱۹ نتیجه می‌گیریم که فرض ما (رابطه‌ی سابقه‌ی بیماری با آگاهی) تأیید می‌گردد. با توجه به مقدار T= ۰/۳۰۱ و سطح معنی داری ۰/۱۱۲

فرضیه‌ی مورد بررسی رد شده و ارتباطی معنی دار بین سابقه‌ی بیماری و نگرش به خودآزمایی سینه وجود ندارد.

جدول ۸- بررسی رابطه‌ی سابقه‌ی بیماری با عملکرد نسبت به خودآزمایی سینه

سابقه‌ی بیماری		خودآزمایی
سابقه‌ی بیماری	بلی	
خیر		
۲۲۰	۳۹	انجام نمی‌دهم
%۶۹/۲	%۵۱/۳۱	
۹۶	۳۰	نامنظم انجام می‌دهم
%۳۰/۲	%۳۹/۴۷	
۲	۷	منظم انجام می‌دهم
%۰/۶۲	%۹۵/۲۱	
$X^2=24/408$		$df = 2$
		$Sig = 0 / 000$

در جدول بالا مشاهده می‌شود که ۹۵/۲۱ درصد از افرادی که سابقه‌ی بیماری در فامیل و دوستانشان وجود داشته، به گونه‌ی منظم به انجام خودآزمایی می‌پردازند. این در حالی است که تنها ۰/۶۲ درصد از کسانی که این بیماری در فامیل آن‌ها سابقه نداشته به گونه‌ی منظم این عمل را انجام می‌دهند. بنابراین، با سطح معنی داری $Sig = ۰/۰۰۰$ می‌توان اظهار داشت که رابطه‌ی میان این دو متغیر وجود دارد و در نتیجه، فرضیه‌ی ما مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اهمیت سلامت روانی و جسمانی زن در تحکیم بنیان خانواده، حفظ پیوندهای عاطفی، پرورش فرزندان و در نهایت، تأثیر آن در جامعه، متاسفانه مطالعات در این زمینه در جامعه‌ی ما بسیار محدود است. به همین دلیل، این پژوهش با هدف بررسی و شناخت آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان نسبت به خودآزمایی سینه و عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با آن انجام شده است.

نتایج این مطالعه در بخش آمار توصیفی نشان داد که بیش‌تر پاسخگویان از آگاهی پایینی برخوردارند و هم‌چنین، درصد کمی از آن‌ها دارای نگرشی مثبت نسبت به خودآزمایی سینه هستند. در همین راستا، مطالعه‌ای در این حوزه انجام شده که نشان می‌دهد ۴۴/۷ درصد از زنان دارای آگاهی متوسط هستند و میان آگاهی و سن، وضع تاهل و سابقه‌ی معاینه‌ی قبلی رابطه‌ای

معنادار وجود دارد. نگرش کلی زنان در این مطالعه مثبت (۵۱/۳) بود و بین آگاهی و نگرش نیز ارتباط معنادار بود (Mohammadi and Dadkhah, 2002).

در پژوهشی دیگر که به وسیله‌ی انجذاب و همکاران (engezab, elat, 2004)، انجام گرفت، بیش‌ترین علل محرک جهت انجام شیوه‌های غربالگری توصیه‌ی کادر بهداشتی، استفاده از شیوه‌های پیشگیری و آگاهی از راه رسانه‌های گروهی بوده و بیش‌ترین علل عدم مراجعه نیز در این پژوهش، عدم آگاهی است. با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان گفت در زمینه‌ی مراجعه آموزش مهم‌ترین عامل موثر بوده است.

گفتنی است که در این مطالعه بیش‌تر افراد (۶۵/۷) اظهار داشته‌اند که خودآزمایی سینه را انجام نمی‌دهند و ۳۱ درصد به صورت نامنظم اقدام به این کار می‌کنند و تنها ۲/۳ از پاسخگویان خودآزمایی سینه را به گونه‌ی منظم انجام می‌دهند. آنچه از آمار موجود در این بررسی و دیگر مطالعات انجام شده در این زمینه استنباط می‌شود این است که زنان دارای آگاهی کافی نسبت به خودآزمایی سینه نیستند و بیش‌تر دانشجویان مورد مطالعه در این پژوهش آگاهی بالا و نگرش مثبت ندارند. نتایج نشان می‌دهند که عملکرد این قشر از جامعه نسبت به این شیوه مناسب نبوده که این خود می‌تواند با آگاهی و نگرش در ارتباط باشد. در این پژوهش سن با آگاهی و نگرش؛ مقطع تحصیلی با آگاهی، نگرش و عملکرد؛ تحصیلات مادر با آگاهی و نگرش و سابقه‌ی بیماری در فامیل و آشنایان نیز با آگاهی و عملکرد ارتباطی معنادار داشته‌اند. مطالعه‌ی ای در ترکیه نیز نشان می‌دهد که تفاوت‌هایی معنادار میان افرادی که خودآزمایی سینه را انجام می‌دهند و آن‌هایی که این شیوه را بکار نمی‌گیرند، در ارتباط با سن، وضع تاهل، بیمه، ویژگی‌های منظم پزشکی و آموزش درباره‌ی سرطان سینه و خودآزمایی وجود داشت (Nahcivan and Heath, 2007).

آنچه روی هم رفته، می‌توان از نتایج بر آمده از این مطالعه استنباط کرد، این است که دانشجویان مورد مطالعه نسبت به سرطان سینه آگاهی بالایی ندارند و بیش‌تر آنان دارای نگرش میانه هستند که این عوامل با عملکرد آن‌ها نسبت به این بیماری مرتبط است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهند، بیش‌تر دانشجویان عملکردی مناسب نسبت به بیماری ندارند.

باید توجه داشته باشیم که سلامت جامعه در سلامت افراد است. ابتلا به بیماری‌هایی چون سرطان نه تنها فرد را دچار بحران می‌کند بلکه جامعه را نیز دچار خسارت‌هایی می‌کند. بویژه سلامت روحی و جسمانی زن در خانواده دارای اهمیت بسیار بالایی است و آگاهی وی نسبت به مسایل بهداشتی و انتقال آن به نسل‌های بعدی می‌تواند تا حد زیادی از پیامدهای منفی و زیان‌بار (اقتصادی، روحی و عاطفی، اجتماعی و...) جلوگیری کند. همان‌گونه که در بالا گفته شد،

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد شاهد آگاهی بالا و نگرش مثبت و در نهایت، عملکرد مناسب نسبت به خودآزمایی سینه در میان دانشجویان که گروه مرجع در جامعه هستند، نمی‌باشیم.

در پندارهای ما، بیماری سرطان راهی جز مرگ پیش روی ما نمی‌نهد. این تصور ناشی از ناآگاهی ماست. این عدم آگاهی کافی منجر به تسلیم شدن در برابر سرطان‌ها و انجام ندادن اقدام‌های مناسب جهت کنترل و درمان بیماری می‌شود. در این‌جا این پرسش مطرح می‌شود که اگر آگاهی زنان نسبت به سرطان سینه و خودآزمایی ارتقا یابد و آن‌ها بدانند که درصد بالایی از این بیماری چنانچه در مراحل اولیه کشف شود، قابل درمان است، آیا باز هم هیچ اقدامی جهت شناخت اولیه و در نهایت پیشگیری از بیماری نمی‌کنند؟ این موضوع زمانی اهمیت خود را نشان می‌دهد که بدانیم این ناآگاهی و نگرش منفی زنان نسبت به سلامتی به نسل‌های بعدی نیز انتقال می‌یابد. زیرا در جامعه ما نقش زن و مرد در پرورش فرزندان و نسل‌های آتی یکسان نمی‌باشد و زنان دارای نقشی بسیار عمیق و مهم هستند.

با توجه به نتایج این پژوهش و دیگر مطالعات در این زمینه، می‌توان ادعا کرد که ارایه‌ی آموزش به زنان در زمینه‌ی بهداشت و سلامت بسیار ضروری است زیرا آموزش و در پی آن افزایش آگاهی می‌تواند به شناسایی بیماری‌ها و اقدام فوری جهت درمان منجر شده که این خود می‌تواند تا حد زیادی از پیامدهای منفی و زیان‌بار اقتصادی، روحی، عاطفی و اجتماعی بکاهد. بنابراین، نقش آگاهی در انجام رفتارهای بهداشتی بسیار برجسته است. بررسی دیگری در ترکیه نشان می‌دهد که سطح دانش نسبت به سرطان سینه تنها متغیری بود که با خودآزمایی سینه و ماموگرافی در ارتباط بود (Dundar et al, 2006). افزون بر آموزش زنان، ارایه‌ی خدمات و اقدام‌های جدی در این زمینه از سوی نظام بهداشتی بسیار ضروری است. در پژوهشی دیگر در زنان یونان و اسکاتلند، مشاهده می‌شود که دانش و نگرش نسبت به خودآزمایی سینه در این دو گروه به گونه‌ای معنادار متفاوت است. این در حالی است که در اسکاتلند اقدام‌ها و عملیات سازمان یافته و منسجمی نسبت به انجام خودآزمایی صورت می‌گیرد. حال آن‌که یونان کشوری است، فاقد چنین اقدام‌هایی (Chouliara et al, 2004). نباید فراموش کرد که نا آگاهی منجر به تسلیم در برابر سرطان‌ها و انجام ندادن اقدام‌های مناسب درمانی می‌شود. بنابراین، با توجه به مطالب ارایه شده، این نتیجه بر می‌آید که تلاش و برنامه ریزی در راستای ارتقای آگاهی زنان و ارایه‌ی خدمات مناسب و کافی برای حفظ سلامت آنان در تمام ابعاد جسمانی و روانی بسیار مهم و ضروری است و توجه جدی مسئولان را می‌طلبد.

References

- 1- Agelton, P. (2003). Theories of Nursing. Tabari R, Tehran, Boshra.
- 2- Akbarzadeh, M. and et all. (2008). "Comparing the Effect of Teaching Breast Self- Examination by Peers and Health Care Personnel on Students Knowledge and Attiude". Iranian journal of Medical Education ;8(2): 195-202. (Persian).
- 3- Bandura, A. (2001). social cognitive theory: An agentive perspective Review of psychology,52, 1-26.
- 4- Bandura, A. Cervone, D. (1986). Diffrentional engagement of self- reactive influences in cognitive motivation. Organizational Behaviour and Human Decision Processes.
- 5- Chouliara, Z. Papadioti _Athanasίου, V. Power, K.G. Swanson, V. (2004). "Practice of and attitudes toward breast self examination: a cross-cultural comparison between younger women in Scotland and Greece". Health care women Int. Apr; 25(4):31-33.
- 6- Darnela J, Mhsa, AM, chih-Hung, Elizabet, Calhoun, (2006). "Knowledge about breast cancer and participation in a Fait-based breast cancer program and other predictors of Mammography screening among African American women and Latinas". Journal of Health promotion practice. vol (7), No (3), pp:201-215.
- 7- Dundar, P.E. Ozmen, D. Ozturk, B. Haspolat, G. Akyildiz, F. .Coban, S. Cakiroglu.(2006). "the knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey". BMC Cancer. 24; 6:43.
- 8- Enjezab, B. Farajkhoda, T. Bokayi, M. (2004). Blocks and Impulses of Look up toward Diagnostic test of womens Incident Cancers. Journal of Shaeed Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. No4. 3, 78-84. (Persian).
- 9- Filip, A. Kloudin, H. (2006). Sociology of Disease and Medicine. Kotobi D. Tehran. Ney.
- 10- Firooze, F. (2010). Influence teaching on the knowledge and attitude to breast self examination among daughter students. Qom University of Medical Sciences Journal. 4, 21-26. (Persian)
- 11- Iknur, Aydin. Aysegul, Ozcan. Birsen, Altay. Figen, Cavusoglu. (2008). the problems encountered by midwives during breast self-examination training. Samsun Health School, Nursing Department Header, Ondokus Mayis University, 55100 Samsun, Turkey.
- 12- Ivo, Carelli. Luciano, Melo Pompei. (2008). Knowledge, attitude and practice of areast self- examination in a female population of metropolitan Sao Paulo. The breast 17. 270-274.
- 13- Lest, J.(2003). General health and human ecology. Azari S. Et All. Tehran. Nasle Farda.

- 14- Maiman, L.A. becker, M.H. (1974)." The health belief model; origins and correlates in psychological theory". Health education monographs.Vol.2, No.16, 336-353.
- 15- Mahmoodi, H. Yazdanparast, Z. (2004). Dimensions psychosocial of cancer. Quarterly Journal Of Nursing and Midwifery Of Gilan.(Persian).
- 16- Mohammadi, M. Dadkhah, B. (2002). Study of knowledge, attitude and behavior toward breast self examination among womens of ardebil. Journal Of Nursing and Midwifery Of Nasibe, Sari.(Persian).
- 17- Mohseni, M. (2003). Sociology of medicine. Tehran. Tahoori.17. (Persian).
- 18- Naghibi, A. (2009). Knowledge, attitude and behavior toward breast self examination among women of nurse in makoo. Public Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Health Research.2, 61-68. (Persian)
- 19- Nahcivan, No. Secginli S.Heath.(2007) ."Beliefs related to breast self examination in a sample of Turkish women". Once Nurs Forum. Mar; 34(2):425-32.
- 20- Naseri, K. (2006). Cancers and Oppugn that. Journal of Epidemiology the Iranian.1, 1-6. (Persian).
- 21- Pedram, M. Mohhamadi, M. Naziri, GH. et all. (2010). Influence Group therapy cognitive- behavioral on amelioration of anxiety, depression and creation hope among women of stricken to breast cancer. Quarterly Journal of Woman & society. (Persian).
- 22- Pintrich, P.R. Schunk, D.H. (2002). Motivation in Education Theory, Research and Application. Merrill, Prentice-Hall.