مقاله اصیل پژوهشی

رفتار کنترل سرطان پستان از نگاه زنان: یک پژوهش کیفی

دکتر می‌نور لمیعیان[1]- دکتر علیرضا حیدرنیا[2]- دکتر فضل‌اله احمدی[3]- دکتر سقراط فقیه‌زاده[4]- دکتر مریم آگیلار وفایی[5]

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان شایعترین سرطان زنان در ایران است. تشخیص زودرس این بیماری در موفقیت‌آمیز بودن درمان، کاهش میزان مرگ و میر، کاهش بار بیماری و هزینه‌های درمانی ناشی از تشخیص دیرهنگام آن بسیار مؤثر است. در کشور ما، علل عمده مرگ و میر و سایر پیامدهای ناگوار این بیماری ناشی از مراجعه دیر هنگام زنان است. تاکنون چگونگی این رفتار بررسی نشده است. این تحقیق به منظور انجام مطالعه‌ای کیفی برای روشن‌سازی مفهوم کنترل و پیشگیری از سرطان پستان و مؤلفه‌های تأثیرگذار بر آن روی زنان شهر تهران انجام گردید.

روش تحقیق: تحقیق با طراحی رویکرد کیفی و به روش Grounded Theory بر روی زنان در یک طیف گسترده و با انتخاب نمونه‌ها به صورت هدفمند انجام شد و مفهوم کنترل و پیشگیری بیماری سرطان پستان از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌سازمان‌یافته (گروهی و فردی) بررسی گردید. جمع‌آوری داده‌ها آن قدر ادامه یافت تا اشباع داده‌ها حاصل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم انجام شد.

یافته‌ها: تحقیق بر روی ۳۱ نفر زن در سنین ۸/۰۵± ۴۹ سال، شامل ۵۴/۸٪ شاغل، ۴۵/۱٪ خانه‌دار، ۴۸/۳٪ با سطح تحصیلات متوسط و ۲۷٪ متأهل، انجام شد. دو روند مؤثر بر رفتار زنان در قالب عوامل فردی به عنوان روند تعیین‌کننده رفتار کنترل سرطان پستان و عوامل اجتماعی به عنوان موارد تأثیرگذار بر این رفتار شناسایی شدند. سه مقوله نگرش نامطلوب نسبت به رفتار، درک ناکافی از خطر و ناکارآمدی درک‌شده از داده‌ها استحصال گردید. مفاهیم مذکور همان موانع و ناکامی‌هایی هستند که در فرایند رفتار کنترل سرطان پستان با تصویر رفتار منفعل ممکن است بروز کند.

نتیجه‌گیری: کنترل مفهومی چندبعدی و دارای ابعاد و زمینه‌های فردی و اجتماعی است اما درجه انتخاب ارادی فردی بالاست؛ پس از تجزیه تحلیل نهایی داده‌ها، نگرش نامطلوب نسبت به کنترل و پیشگیری از سرطان پستان به عنوان متغیر مرکزی و ترغیب آگاهانه برای اصلاح آن تشخیص داده شد. ارتقای سلامت زنان که نیمی از جمعیت فعال کشور را تشکیل می‌دهند، از ملزومات توسعه پایدار به شمار می‌رود و تدوین راهکارهای مناسب به منظور هوشیارسازی نسبت به تهدیدات سلامتی، رسالت آموزش بهداشت می‌باشد. لازمه برنامه‌ریزی مؤثر آموزشی در این زمینه توجه به ساختار نگرش زنان می‌باشد و به نظر می‌رسد بررسیهای کیفی بهتر از روشهای کمّی می‌توانند موقعیتهای رفتاری را تبیین و به طراحی مداخلات آموزشی کمک نمایند. استخراج مفهوم کنترل و پیشگیری از سرطان پستان به روشهای کمّی متداول و مقایسه آن با نتایج این تحقیق پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: واژگان کلیدی : سرطان پستان؛ گراندد تئوری؛ ترغیب؛ نگرش؛ آموزش سلامت

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۵؛ شماره ۳؛ پاییز ۱۳۸۷)

دریافت: ۱۳۸۶/۰۷/۰۷ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۲/۱۷

[1] نویسنده مسؤول؛ دکترای آموزش بهداشت، استادیار گروه آموزشی مامایی، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس
آدرس: بزرگراه جلال آل احمد- دانشگاه تربیت مدرس- گروه آموزشی مامایی- کدپستی ۴۸۳۸-۱۴۱۵۵
تلفن: ۸۲۸۸۳۸۰۹-۰۲۱ نمابر: ۸۸۰۰۳۰۳۰-۰۲۱ پست الکترونیکی: lamyianm@modares.ac.ir
[2] دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس
[3] دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس
[4] استاد گروه آمار حیاتی، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس
[5] دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

سرطان پستان به عنوان شایعترین سرطان زنان و دومین عامل مرگ و میر در بین آنان بعد از سرطان ریه شناخته شده است (۱) به گزارش انجمن سرطان آمریکا* بیش از۲۱۲۹۲۰ مورد جدید سرطان پستان در سال ۲۰۰۵ میلادی در آمریکا شناخته شده و ۴۰۹۷۰ نفر به همین دلیل جان خود را از دست داده‌اند؛ از هر هشت زن یک نفر در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان قرار دارد (۲). به گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) سالیانه ۱٪-۲٪ به میزان بروز این سرطان در جهان افزوده می‌شود و بر اساس بررسیهای انجام شده، تقریباً نیمی از موارد شناسایی‌شده در کشورهای در حال‌توسعه خواهد بود (۴،۳). زن بودن و افزایش سن، دو عامل مهم و غیرقابل تغییر در بیماری سرطان پستان می‌باشد؛ از این رو کنترل و پیشگیری از سرطان پستان یک مشکل جدّی و اساسی بهداشتی در حوزه سلامت زنان مطرح می‌باشد (۵). لازم به ذکر است بیش از ۸۰٪ سرطان پستان در زنانی دیده می‌شود که هیچ عامل خطری ندارند و نیز ممکن است بروز آن کاملاً بدون علامت باشد و هنوز علت واقعی این بیماری هنوز ناشناخته است؛ ولی شیوه مشخصی برای جلوگیری از ابتلا به سرطان پستان وجود ندارد؛ به اعتقاد سازمان بهداشت جهانی بهترین راه کنترل آن، تشخیص به هنگام (زودرس) بیماری است (۶).

این بیماری در کشور ما، در رأس سرطان‌های زنان قرار دارد و مطالعات شیوع آن بیشتر منطقه‌ای بوده و متأسفانه به دلیل فراگیر نبودن ثبت وقایع حیاتی بخصوص سرطان، نمی‌توان در مورد بروز، شیوع و میزان مرگ و میر دقیق حاصل از آن اظهارنظر قطعی کرد (۷). اما بر اساس نظر کارشناسان، کشورمان از نظر شیوع سرطان پستان، جزء مناطق کم شیوع نیست و بررسیها نشان می‌دهد زنان ایرانی نسبت به همتایان غربی خود، ۱۰ سال زودتر به این بیماری مبتلا می‌گردند (۸). محققان، میزان بالای مرگ و میر زنان بر اثر سرطان پستان را ناشی از تشخیص دیرهنگام این بیماری می‌دانند و موفقیت کشورهای پیشرفته در کنترل مرگ و میر و سایر پیامدهای ناشی از بیماری را در گرو تشخیص بموقع (زودرس) آن دانسته‌اند؛ زیرا بقای فرد به طور مستقیم در ارتباط با مرحله بیماری در زمان تشخیص می‌باشد (۹). Tolma و همکاران گزارش داده‌اند در طی سی سال گذشته، پژوهشگران سعی در تبیین عملکرد کنترل سرطان پستان با استفاده از مدل‌های آموزشی و تئوریهای رفتاری نظیر، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده،† مدل مراحل تغییر،‡ مدل اعتقاد بهداشتی،§ مدل فرایند تطابق احتیاطی،** تئوری عمل منطقی،†† و تئوری یادگیری اجتماعی،‡‡ نموده‌اند (۱۰) اما متأسفانه اطلاعات بنیادین و مقدماتی درباره چگونگی این رفتار در بین زنان کشورمان بسیار محدود است و تاکنون گزارشی در این زمینه منتشر نشده و یا در دسترس پژوهشگران قرار نگرفته است. طبق بررسیهای به عمل آمده، ۷۰٪ زنان مبتلا به سرطان در ایران، به دلیل تأخیر در مراجعه برای انجام تست‌های تشخیصی و پیشرفته‌بودن مراحل بیماری در مدت کوتاهی فوت می‌نمایند (۱۱). آموزش و مراقبتهای موفق بهداشتی در گرو درک ماهیت انسان، تجارب زندگی، عقاید و نظرات افراد است (۱۲). به دلیل اهمیت موضوع، سؤالاتی مبنی بر این که، کنترل و پیشگیری سرطان پستان از دیدگاه زنان چگونه است؟ از نظر آنان حفاظت از سلامت خود به چه معنایی است؟ مهمترین مسأله چیست؟ و آموزش سلامت چگونه می‌تواند انجام پذیرد؟ مطرح‌شده و جستجو و یافتن پاسخ آنها از اولویتهای ارتقای سلامت زنان تلقی می‌گردد. با توجه به نظر Strauss و Corbin، تحقیق کیفی روشی مناسب جهت کشف ویژگیها و تجربیات افراد و آنچه که در پس آن تجربیات قرار دارد می‌باشد (۱۳)؛ علاوه

* American Cancer Society

† Theory of Planned Behavior
‡ Trans theoretical Model
§ Health Belief Model
** Precaution Adoption Process Model
†† Reasoned Action Theory
‡‡ Social Cognitive Theory

بر این، این گونه تحقیقات درباره چرایی و چگونگی یک پدیده به طور عمیق‌تری (نسبت به روشهای کمّی) نظر می‌دهند (۱۴) و به همین دلیل، پژوهش کیفی حاضر با هدف تبیین دیدگاهها، تجارب و نظرات زنان پیرامون کنترل و پیشگیری از سرطان پستان و دستیابی به سؤالات پژوهش انجام گرفته است. کارکرد یافته‌های این رویکرد در این پژوهش می‌تواند در چارچوب آموزش افراد در حیطه‌های غربالگری،* مراقبت از سلامت خود،† کنترل و تشخیص زودرس،‡ توانمند محوری،§ خود پایشی** به شکل انعطاف‌پذیر و پویا†† تعریف و اجرا گردد.

روش تحقیق

این تحقیق با طراحی مطالعه کیفی‡‡ و تحلیل محتوا با استفاده از، روش گراندد تئوری§§ انجام شد. جامعه مورد بررسی را ۳۱ زن که ۲۱ نفر از آنان به نوعی در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان قرار داشتند (سن بالای ۴۰ سال، وجود یک نفر مبتلا در بستگان درجه یک نظیر مادر، خواهر و یا دختر، سابقه هر گونه سرطان در خانواده) و ۱۰ نفر که مبتلا به سرطان پستان بودند، تشکیل دادند. این افراد با موقعیتهای متفاوت از نظر وضعیت شاغل یا خانه‌دار بودن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سطوح مختلف اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که مایل بودند تجارب و دیدگاههای خود را پیرامون بیماری و مراحل کنترل آن با پژوهشگر در میان بگذارند بودند.

برای جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا نمونه‌گیری هدفمند*** استفاده شد و سپس بر اساس کدها و طبقات ایجاد شده نمونه‌گیری تئورتیک††† (۱۵) به این شرح انجام شد: اولین نمونه‌ها از بین زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان در معرض خطر ابتلا انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از هر مصاحبه عمیق، راهنمایی برای انتخاب نمونه‌های بعدی بود و نمونه‌گیری آن قدر ادامه یافت تا داده‌ها به اشباع‡‡‡ برسند (۱۶). داده‌های حاصل از شش مصاحبه اولیه، محقق را به انجام مصاحبه با تعدادی از اعضای تیم سلامت اعم از پزشک، ماما، پرستار و کارکنان مراکز بهداشتی، درمانی هدایت نمود؛ بدین ترتیب به دلیل تنوع فراوان نمونه‌برداری، فرصتی فراهم شد که مشارکت‌کنندگان بتوانند اطلاعات دست اولی در اختیار محقق قرار بدهند.

جهت انجام تحقیق، از مصاحبه‌های باز نیمه ساختاریافته به عنوان روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید؛ زیرا این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف داشتن و عمیق بودن مناسب پژوهش کیفی است (۱۷). در ابتدای هر مصاحبه، خصوصیات نمونه‌ها شامل سن، نوع اشتغال، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت ابتلا، مدرک تحصیلی و واحد سازمانی در فرم مخصوص ثبت می‌شد؛ راهنمای مصاحبه شامل چند سوال اصلی باز بود که به شرکت‌کنندگان اجازه می‌داد تا دیدگاهها و تجربیاتشان را تا حدّ امکان به طور کامل بیان کنند؛ به عنوان مثال در ابتدا از مشارکت‌کنندگان پرسیده می‌شد وضعیت سلامتی خود را توصیف کنند و سپس از آنان خواسته می‌شد تا به توصیف ادراکات و تجربیات خود در رابطه با بیماری مورد نظر، نحوه کنترل، شرایط مؤثر بر کنترل و پیامدها بپردازند. تمام مکالمات بر روی نوار صوتی دیجیتال ضبط و سپس کلمه به کلمه دست‌نویس شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ الی ۱۸۰ دقیقه و به طور متوسط یک ساعت و نیم طول می‌کشید و هر مصاحبه یک الی سه جلسه بسته به میزان تحمل و علاقه مشارکت‌کنندگان به ادامه گفتگو و متشکل از جلسات فردی تا گروهی سه الی پنج نفره انجام می‌پذیرفت. بر طبق نظر

* Screening
† Self - Care
‡ Early Detection/ Control
§ Empowerment - Oriented
** Self – Control/Monitoring
†† Flexible / Dynamic
‡‡ Qualitative Research
§§ Grounded Theory
*** Purposeful

††† Theoretical Sample
‡‡‡ Saturation

Streubert و Carpenter بحثهای گروهی بویژه هنگام جمع‌آوری اطلاعات حساس بسیار مفید هستند (۱۴).

محیط پژوهش متناسب با اصول پژوهش کیفی، واقعی و طبیعی بوده و کلیه مصاحبه‌ها نخست با توجه به ویژگیهای ارتباط با زنان و مهارتهای مصاحبه عمیق در مکانهایی که زنان تمایل داشته و مطابق خواست آنان در ادارات، درمانگاه، منازل و فرهنگسرای زنان توسط پژوهشگر صورت گرفته است.

تجزیه و تحلیل اطلاعات به روش اشتراوس و کوربین و همزمان با جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت؛ در این روش، بعد از انجام هر مصاحبه و یا بحث گروهی، نوارها کلمه به کلمه نسخه‌برداری و قبل از انجام مصاحبه بعدی آنالیز می‌گردیدند. به دنبال نسخه‌برداری، نوارها مجدداً گوش داده می‌شدند و یادداشتهایی در نسخه‌ها نوشته می‌شد. یادداشتها شامل توصیه‌هایی از جمله موضوعات و زمینه‌های تکراری، تأکیدات مشارکت‌کنندگان و افکار و ایده‌های خود محقق درباره ویژگی و اهمیت داده‌ها بودند. نسخه‌ها چند روز بعد از نسخه‌برداری مجدداً خوانده و کدگذاری می‌شد و نتایج با اولین کدگذاری مقایسه می‌گردید. کدگذاری تکرارشده و رسیدن به نتایج مشابه، ثبات و هماهنگی* داده‌ها را تأیید می‌کند. در مرحله کدگذاری باز†، محقق خط به خط داده‌ها را بازنگری و مفاهیم اصلی آن را استخراج نمود. دو شیوه به کار رفته در این مرحله عبارت بودند از استفاده از زبان (شیوه گویش) و کلمات فرد مصاحبه‌شده و نیز کدهای دلالت‌انگیز که محقق بر مبنای مفاهیم موجود در داده‌ها می‌ساخت. سپس در کدگذاری محوری‡ کدهای اولیه به طبقه‌ها و زیر طبقه‌ها نامگذاری شدند. کدها و طبقه‌های هر مصاحبه با کدها و طبقات مصاحبه‌های دیگر برای مشخص شدن ارتباطات مشابه مقایسه گردیدند. کدهای محوری بر روی شرایط و موقعیتهایی که موجب پیدایش پدیده هستند و نیز راهبردهای به کارگرفته شده برای کنترل پدیده تمرکز یافت. این فرایند اجازه داد تا ارتباطات بین طبقه‌ها با زیرطبقه‌هایشان انجام شود. بعد هر طبقه با سایر طبقات مقایسه شد تا اطمینان حاصل شود که از همدیگر متمایز هستند. در کدگذاری انتخابی§ محقق به تعیین متغیر و مفاهیم اساسی پرداخت و طبقات اصلی و ارتباطات آنها را پرورش داد. در نهایت شش طبقه اصلی از داده‌ها استخراج گردید. اگر چه افراد مختلفی مورد مصاحبه قرارگرفتند اما عبارات و کلمات کلیدی به دست آمده در میان مصاحبه‌ها سازگار بود (۱۸،۱۷). برای اطمینان از صحت و استحکام تحقیق** (که معادل روایی و پایایی روش تحقیق کمّی است)؛ از روشهای زیر طبق نظر Streubert و Carpenter استفاده گردید:

قابلیت پذیرش†† از طریق مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان‡‡، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران§§، بررسی مداوم و تخصیص زمان کافی*** و مقبولیت پژوهشگر†††.

در پژوهشهای کیفی، پژوهشگر علاوه بر این که طراح و تحلیل‌گر مطالعه است، ابزار اصلی جمع‌آوری اطلاعات نیز هست؛ بنابراین مهارت، تجربه و دقت وی در ایجاد ارتباط و نتیجه پژوهش بسیار مهم است (۱۹،۱۴). در این تحقیق، سابقه فعالیت پژوهشگر در حیطه سلامت زنان نکته مثبت و مؤید مطلب است.

به منظور تعیین Inter-Transcripts Reliability، مرور دیگری توسط تعدادی از اساتید که در زمینه تحقیق کیفی دارای تجربه بودند‡‡‡ و نیز سه نفر از پزشکان متخصص و سه نفر از زنان جهت بازخورد (External Check) انجام گرفت که پس از بررسی مفاهیم،

* Consistency
† Open Coding
‡ Axial Coding

§ Selective Coding
** Rigor
†† Credibility
‡‡ Member Check
§§ Peer Check
*** Prolonged Engagement
††† Credibility
‡‡‡ Peer Debriefing

تناسب یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند؛ از طرف دیگر حداکثر تنوع در نمونه‌گیری عینیت‌پذیری و قابلیت پذیرش داده‌ها را تأیید نمود.

سعی شده است به طور دقیق تمامی گامهای برداشته شده در تحقیق و تصمیمات انجام شده، به منظور رسیدگی بعدی* ثبت گردد تا دیگر محققان در بررسیهای آتی قادر به برداشتن این گام‌ها باشند.

از ۸۹۶ کد خام اولیه، در کدگذاری مرحله اول با کدهای واقعی† یعنی با کلمات و عبارات خود مشارکت کنندگان و با حذف کدهای تکراری و مشابه، در مجموع ۱۸۸ کد در مرحله کدگذاری باز و ۱۴ طبقه و ۲۶ زیر طبقه در مرحله کدگذاری محوری دسته‌بندی گردید. مقایسه مقولات شکل گرفته در نهایت موجب پیدایش مفاهیم اصلی با دسته‌بندیهای شش‌گانه کلّی با دو بعد مثبت و منفی یعنی رفتار (عملکرد) فعال و رفتار (عملکرد) منفعل انجامید. جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آنها در طی هشت ماه در سال ۸۴-۱۳۸۳ به طول انجامید.

در طی تحقیق، کسب رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش، رعایت اصل رازداری، محفوظ بودن حق کناره‌گیری در هر مرحله از پژوهش لحاظ شد و در صورت عدم تمایل برای ادامه همکاری، کلیه نوارهای نامبرده در حضور وی پاک می‌گردید؛ همچنین تحقیق حاضر در کمیته پژوهش دانشگاه تربیت مدرس مورد تأیید قرار گرفت و مجوزهای لازم قبل از جمع‌آوری داده‌ها، از مسؤولین مربوطه و مشارکت‌کنندگان اخذ گردید.

یافته‌ها

در این تحقیق ۳۱ نفر مشارکت نمودند که ویژگیهای آنها در جدول ۱ نمایش داده شده است؛ ۵۴/۸٪ مشارکت‌کنندگان شاغل، ۴۵/۱٪ خانه‌دار، ۴۸/۳٪ با سطح تحصیلات متوسط و ۲۷٪ متأهل با میانگین سنّی ۸/۰۵±۴۹ سال بودند.

جدول ۱- ویژگیهای جمعیت‌شناختی زنان مورد بررسی

مشخصات جمعیت‌شناختی		فراوانی	درصد
موقعیت شغلی:	خانه‌دار	۱۴	۴۵/۱
	شاغل	۱۷	۵۴/۸
سطح تحصیلات	بی‌سواد و کم سواد	۶	۱۹/۳
	متوسط	۱۵	۴۸/۳
	عالی	۱۰	۳۲/۲
وضعیت تأهل	متأهل	۲۷	۸۷
	مجرّد یا متارکه	۴	۱۳
میانگین سنّی و انحراف معیار		۸/۰۵± ۴۹	

با توجه به تجزیه و تحلیل داده‌ها می‌توان تجارب و نظرات زنان پیرامون ابعاد مختلف رفتار کنترل سرطان پستان را با شش درون‌مایه‡ اصلی درک موقعیت، کارآمدی شخصی، نگرش نسبت به رفتار، اطلاع‌رسانی، ارتباطات و حمایت استحصال نمود. جدول ۲ درون‌مایه‌ها و طبقات فرعی آنها را نشان می‌دهد.

در این بخش یافته‌ها با توضیح مکفی درون‌مایه‌ها به شرح ذیل ارائه می‌گردد:

درک موقعیت: درک ناکافی از خطر با سه زیر طبقه غفلت و سهل‌انگاری، عدم تبعیت از توصیه پزشک و انکار عامل عملکرد منفعل و خطر درک شده به عنوان عامل عملکرد فعال تحت دو زیر طبقه دریافت خطر و درک اهمیت عنصر زمان و در مجموع درون‌مایه درک موقعیت در این بخش استحصال گردید.

بیشتر مشارکت‌کنندگان (۲۶نفر) در این تحقیق، به مواردی اشاره نمودند که حاکی از غفلت زنان از خطری است که احتمال زیادی دارد که در معرض ابتلا به آن قرار داشته باشند. یکی از زنان تحصیل‌کرده اظهار داشت: "ما در خانواده، فقط زمان بروز مشکل به پزشک مراجعه می‌کنیم." اغلب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش صراحتاً بیان می‌کردند: "کلاً ما زنان ایرانی به سلامت خود بی‌توجهیم." و در توضیح بیشتر این عملکرد، به نکاتی نظیر "اولویت دادن دیگران بر

* Audit ability
† Substantive Codes
‡ Themes

خود به معنای از خودگذشتگی"، "باورمندی به حفاظت دائمی از ابتلا به سرطان پستان به دلایل شیردهی یا فقدان سابقه بیماری در فامیل"، "عدم اولویت کنترل سلامتی (چک آپ) در سبد هزینه خانوار"و "اهمال در جستجوی کسب اطلاعات لازم به دلایل فرهنگی" اشاره می‌کردند. یکی دیگر از مشکلات جدّی دیگر که در میان بخش اعظم زنان تحصیل‌کرده جامعه نیز به چشم می‌خورد، فقدان التزام عملی آنان به دانش نظری کسب شده و به عبارت دیگر عدم پایبندی به توصیه‌های علمی است. انکار احتمال ابتلا به بیماری با توجیه فقدان سابقه در خانواده یا بستگان درجه یک از جمله موارد مکرّر مورد اشاره مشارکت‌کنندگان بود. فقدان درد، کمبود وقت، عدم تبعیت از توصیه پزشک، کم اهمیت شمردن لزوم اقدام برای مراقبت از سلامت خود، از جمله نکات قابل توجه و مشهود در مصاحبه‌ها بود.

جدول ۲- طبقات استخراج شده از تحلیل داده‌ها

۱- اطلاع‌رسانی

۱-۱ آموزش همگانی عامل عملکرد فعال شامل خرده طبقات ذیل:

ارتقای اطلاعات آموزش فراگیر طبقه رسانه و تبلیغات سلامت نگر

۱-۲ آموزش نارسا عامل عملکرد منفعل شامل خرده طبقات ذیل:

اطلاعات ناقص ضعف در رسانه و تبلیغات سلامت‌نگر

۲- ارتباطات

۲-۱ ارتباط موءثر بهداشتی عامل عملکرد فعال شامل خرده طبقات ذیل:

عملکرد مناسب پزشک وظیفه‌گرایی مراکز بهداشتی، درمانی آثار مثبت ارتباط گروهی

۲-۲ ارتباط نا مؤثر بهداشتی عامل عملکرد منفعل شامل خرده طبقات ذیل:

عملکرد نامناسب پزشک ضعف کارکردی مراکز بهداشتی- درمانی

۳- حمایت

۳-۱ حمایت مناسب عامل عملکرد فعال شامل خرده طبقات ذیل:

حمایت فردی حمایت اجتماعی حمایت فرهنگی

۳-۲ حمایت نامناسب عامل عملکرد منفعل

٤-کارآمدی شخصی

۴-۱ احساس کارایی فردی عامل عملکرد فعال

۴-۱-۱ احساس خود مسؤولی عامل عملکرد فعال

۴-۲ ناکارآمدی درک شده عامل عملکرد منفعل شامل خرده طبقات ذیل:

فقدان اعتماد به نفس تضعیف روحیه تصوری

۵- درک موقعیت

۵-۱ خطر (تهدید) درک شده عامل عملکرد فعال شامل خرده طبقات ذیل:

دریافت خطر درک اهمیت عنصر زمان

۵-۲ درک ناکافی از خطر عامل عملکرد منفعل شامل خرده طبقات ذیل:

غفلت و سهل‌انگاری عدم تبعیت از پزشک انکار

٦- نگرش نسبت به کنترل بیماری

۶-۱ نگرش مطلوب عامل عملکرد فعال شامل خرده طبقات ذیل:

باور شخصی مثبت شناخت از رفتار گرایش معنوی

۶-۲ نگرش نامطلوب عامل عملکرد منفعل شامل خرده طبقات ذیل:

احساس ترس و نگرانی شناخت و انگیزش ناکافی نگرش تقدیری

یکی از شرکت‌کنندگان ۵۴ ساله خانه‌دار و دیپلمه اظهار داشت: "من برای تشخیص زودرس اقدامی نکرده‌ام، راستش را بخواهید خوشبختانه سرطان پستان در فامیل نداریم." فرد دیگر با تحصیلات عالی در رشته مهندسی بیان داشت: "وقتی برای خودم ندارم." فردی دیگر ۴۹ ساله اظهار داشت: "به فکر هستم و می‌خواهم دنبالش بروم اما تا حالا نرسیده‌ام، کارهای خانه و مشکلات فرزندانم خیلی زیاد است؛ همه‌اش به فکر اینها هستم به فکر خودم نیستم."

"... زمان خیلی مهم است و من دلم می‌خواهد همه زنان این را بدانند که واقعاً مهمّ است. من رفتم دنبالش گفتند مبتلا هستی ولی خوب زمانی آمده‌ای و درمان را شروع کردم و الان هم ۹ سال است که خوبم."

کارآمدی شخصی: این درون‌مایه با برقراری ارتباط بین مفاهیم دو زیرطبقه احساس کارایی فردی و احساس خودمسؤولی به عنوان عامل عملکرد فعال و مفهوم نا کارآمدی درک‌شده تحت دو زیرطبقه فقدان اعتماد به نفس و تضعیف روحیه تصوری به عنوان عامل عملکرد منفعل استحصال شد.

تعداد ۱۹ نفر از شرکت‌کنندگان تحقیق حاضر، ضعف اراده فردی را مانعی بر سر راه آمادگی فرد (اخذ تصمیم) برای هر گونه اقدامی برشمردند و معتقد بودند القای درونی نا توانی فردی در مقابل هر پیشامد، او را ناکارآمد می‌کند. تصور از دست دادن نیروی جسمانی، به هم ریختن قیافه ظاهری ناشی از شیمی‌درمانی و تصوّر حس ترّحم دیگران، موجب تقویت احساس ناتوانی می‌گردد. به فرازی از اظهارات شرکت‌کنندگان در این خصوص می‌پردازیم: خانم ۶۵ ساله و مبتلا می‌گوید: "همه چیز بستگی به روحیه داره؛ بعضی‌ها خودشان را می‌بازند حالا در اثر ضعیفی و ترس هیچ کاری نمی‌کنند؛ من نمی‌دانم منتظر چه چیزی هستند؟ چه کسی بیاید و به آنها کمک کند؟ خودمان کمی فکر کنیم، باید روحیه را درست کرد." خانم ۳۵ ساله تازه ازدواج کرده و مبتلا نیز می‌گوید: "آدم دیگر ناامید می‌شود از همه چیز؛ فکر می‌کند دیگر به آخر خط رسیده است؛ ولی من فکر می‌کنم روحیه خیلی شرط است؛ باید خوب باشد و این دست خود آدمه." پنهان کردن بیماری از اطرافیان عامل آشفتگی ذهنی فرد می‌شود و احساس حقارت به دلیل بیمار بودن در خانواده از اعتماد به نفس وی می‌کاهد.

شرکت‌کنندگان این تحقیق در جهت ضرورت اتخاذ رفتار خود مراقبتی و احساس توانمندی، بر دوست داشتن خود و انگیزه مثبت فرد برای حفاظت از سلامت خود تأکید می‌کردند:

خانم ۴۸ ساله و خانه‌دار اظهار داشت: "... هر کس خودش را دوست داشته باشد، به سلامتی خودش هم بیشتر اهمیت می‌دهد؛ بالفرض من خودم، اگر بتوانم خودم را سالم نگه دارم، ارزش خودم را در خانه حفظ کرده‌ام."

"من باور می‌کنم که می‌توانم سرطان پستان را کنترل و درمان کنم. خودمم برای کنترل می‌روم؛ تنها چیزی که در این سالها فهمیده‌ام که خودم باید فکری برای خودم بکنم."

شرکت‌کنندگان در این پژوهش، بر اهمیت احساس توانمندی و سازگاری خودخواسته با مشکلات جسمی احتمالی و تلاش آگاهانه برای تقویت روحیه خود (۲۱ نفر) تأکید می‌نمودند. خانم ۵۳ ساله در این زمینه گفت: "انسان باید در خودش اعتماد به نفس پیدا کند؛ باید مصمّم باشد در انجام دادن هر کاری، منظورم این است که مشخص کند خودش را چند درصد قبول دارد؛ این در همه موارد زندگیش تأثیر دارد نه فقط همین مریضی."

نگرش نسبت به رفتار: از مجموعه نظرات و تجربیات مشارکت‌کنندگان، نگرش نامطلوب به عنوان عامل عملکرد منفعل تحت سه زیرطبقه احساس ترس و نگرانی، شناخت و انگیزش ناکافی، نگرش تقدیری و نگرش مطلوب به عنوان عامل عملکرد فعال با سه زیرطبقه باور شخصی مثبت، شناخت از رفتار و گرایش معنوی استحصال گردید.

بر اساس یافته‌های ما، ترس و نگرانی طبق تجارب زنان ابعاد متفاوتی دارد و از مقوله ترس تعابیر مختلفی بیان می‌شد؛

برخی از زنان (۱۸ نفر) بر احساس وحشت از شنیدن کلمه سرطان به طور کلی تأکید نمودند. خانم ۳۷ ساله مبتلا اظهار داشت: "وقتی به من گفتند خوب است برای تشخیص زودرس و کنترل این بیماری اقدام کنم، راستش ترسیدم. فکر کردم که سینه‌ام را بر می‌دارند، ناقص می‌شوم، در زندگی‌ام مشکل به وجود می‌آید و زندگیم از هم می‌پاشد؛ نمی‌رفتم که بدانم وضعیتم چطوری است. مشارکت‌کننده دیگری که در سن ۳۲ سالگی مبتلا شده بود، از منظر دیگری ایجاد ترس را بیان می‌کرد: "باید نحوه گویش پزشکان و کسانی که برای این کار تبلیغ می‌کنند ترس آور نباشد؛ اسمش را غول کرده‌اند؛ ببینید الان بعضی دکترها به ما نمی‌گویند شما سرطان دارید؛ مثلاً می‌گویند بهتر است تیکه برداری شود تا معلوم شود چی هست و اگر هم معلوم شد طوری نیست، درمان دارد. همین بالاخره به آدم روحیه می‌دهد اگر مختصر ترسی هم دارد می‌ریزد و تمام می‌شود."

داده‌های به دست آمده، نشان‌دهنده احساس ترس در حیطه‌های مختلف و به اشکال متفاوت نظیر ترس از برچسب سرطانی خوردن در خانواده و فامیل و جامعه از یک طرف، ترس از صعب‌العلاج بودن بیماری و سربار شدن دیگران، ترس سنتی و دیرین از کلمه سرطان، ترس از معلولیت و ترس کاذب ایجاد شده از سوی پزشکان یا سایر اعضای تیم سلامت از دیگر سو بوده که این نوع احساس درباره بیماری می‌تواند عاملی برای اجتناب از اقدام مناسب و بموقع باشد.

اظهارات ۲۲ نفر از شرکت‌کنندگان مبنی بر خونسردی، اعتماد به نفس پایین، ناامیدی از توانایی مقابله با بیماری، بیماری سایر اعضای بدن و پرمشغله بودن زنان، بی‌حوصلگی ناشی از مسؤولیت سنگین خانه‌داری و توأم با شغل خارج از خانه، زمینه نوعی گرایش به سهل‌انگاری ناخواسته را بیان می‌کرد و از جمله مواردی بود که در طرز فکر زنان با استناد به اظهارات آنان مشهود بوده و حکایت از برانگیختگی ناکافی برای اقدام فعال می‌نمود.

"... وقتی به من گفتند برای معاینات بروم، نگران شدم و پیش خود فکر کردم دیگر به آخر خط رسیده‌ام. زانوانم سست شد؛ حال خودم را نمی‌فهمیدم بعد فهمیدم خیلی هم نباید نگران می‌شدم."

یکی از مصاحبه‌شوندگان رشته پیراپزشکی اظهار داشت: "... خودم چون ناراحتی کلیه دارم به سرطان سینه اهمیت نمی‌دهم و زیاد به فکر نیستم؛ چون مشکل زنانگی نداشتم، برای بررسی سینه‌ام نرفتم."

برخی از شرکت‌کنندگان در این پژوهش، معاینات ادواری را عامل کاهش ترس می‌دانستند و آن را صرفه جویی در وقت، هزینه و درد کمتری ارزیابی می‌کردند. برای آنان مفهوم کنترل سرطان پستان به معنای فرصت دوباره زندگی بود و اقدامات تشخیص زودرس را یک تلاش مسؤولانه توأم با احساس خوشایند تلقی می‌نمودند. باور مثبت به قابل کنترل بودن سرطان پستان در عصر حاضر و اعتقاد به پیشرفت علم پزشکی بویژه اطلاعات تخصصی پزشکان کشور از جمله نگاه مثبت به توانایی مقابله‌ای پیش‌گستر فرد در خصوص این خطر بالقوه در کمین و تأثیر روحیه مثبت و قوی بر اتخاذ تصمیم انسان از جمله نکات مورد تأکید و عامل مهم در عملکرد فعال ذکر می‌گردید. یکی از شرکت‌کنندگان مبتلا در این زمینه می‌گوید: "روحیه خیلی مهم است؛ وقتی به من گفتند که این خطر برایم هست با خودم گفتم بالاخره چطور می‌شود نهایت یک قسمت از بدن را برمی‌دارند. چطور راحت می‌ریم دندانهایمان را می‌کشیم؛ با خودم کنار آمدم و گفتم ایرادی ندارد." مشارکت‌کننده ۶۵ ساله دیگری که پس از ۲۰ سال از عمل جراحی سینه‌اش با روحیه خوب بر استمرار غربالگری برای کنترل سرطان تأکید می‌کرد اظهار داشت: "هر کسی بالاخره یک کاری باید بکند؛ کسی فکر نکند دنیا به آخر رسیده، من همیشه می‌گویم چرا مراجعه نکنیم؟ الان دنیا پیشرفت کرده باید خودمان بخواهیم تا سالم بمانیم."

تعداد ۲۸ نفر از شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر، بر نقش آموزه‌های دینی در افزایش انگیزه سالم زیستن تأکید نمودند و رابطه مثبت ایمان با حفظ سلامتی فرد را با تعابیری نظیر

"احساس تکلیف شرعی منشأ کنترل سلامتی توسط فرد"، "توکّل بر خدا عامل مؤثر بر تصمیم‌گیری فرد"، "داشتن اعتقاد معنوی عامل کاهش ترس و دلهره در هر حال و وضعیت" بر می‌شمردند. در مقابل، برخی نیز نداشتن چاره و تسلیم در مقابل بیماری و قسمت را با تأکید بر نقش حتمی سرنوشت انسان بیان می‌کردند.

اطلاع‌رسانی: این درونمایه با دو طبقه رسانه و تبلیغات سلامت‌نگر و آموزش همگانی به عنوان عامل عملکرد فعال تحت دو زیرطبقه شامل ارتقای اطلاعات، آموزش فراگیر و طبقه آموزش نارسا به عنوان عامل عملکرد منفعل تحت دو زیرطبقه شامل اطلاعات ناقص و ضعف در رسانه و تبلیغات سلامت نگر استحصال گردید.

تعداد ۱۷ نفر از مشارکت‌کنندگان در این پژوهش کمبود اطلاعات مفید مرتبط با بیماری سرطان پستان در جامعه، فقدان سیستم اطلاع رسانی مستمر بهداشتی برای زنان، سودمند نبودن آموزش تئوری معاینات لازم، متناسب نبودن حجم اطلاعات با تعداد مخاطبین و نارسا بودن مطالب مرتبط با سلامت زنان را ذکر می‌نمودند. از آنان این اظهارات مشابه بارها شنیده و ثبت گردید: "... از طرف رسانه‌ها بیشتر گفته شود؛ از طریق رادیو و تلویزیون خیلی مهم است چون تأثیرپذیری زنان امروزه زیاد است." یا "من فکر می‌کنم همیشه یک نوع مخفی‌کاری می‌شود؛ مثل بیماری ایدز البته نهایت به ضرر ما زنان تمام می‌شود."، "ای کاش می‌شد در مساجد یا جلسات قرآن زنانه در این گونه موارد هم صحبت بشود."

بیانات محوری مشارکت‌کنندگان این مطالعه، اطلاعات ناکافی، آگاهی سطحی و تبلیغات مقطعی و سالروزی را عامل غفلت و سهل‌انگاری زنان قلمداد می‌نمودند و معتقد بودند که در جامعه خیلی واضح و روشنگرانه به این خطر اشاره و تأکید نمی‌گردد. فقدان الگوی تبلیغی هوشیارسازی زنان از طریق رسانه ملی، فقدان روزنامه یا مجله خاص بهداشت و سلامتی زنان، ضعف در تبیین احکام شرعی مرتبط با وجوب حفظ سلامت و در نهایت فقدان تبلیغات مؤثر اهمیت غربالگری از رسانه‌های جمعی- بویژه رسانه ملّی که مورد توجه عموم است- را موجب ضعف تبلیغات رسانه‌ای دانسته و تردید در ایفای رسالت حرفه ای آنها برای حفظ سلامت نیمی از افراد جامعه یعنی زنان، برشمردند.

ارتباطات: این درون‌مایه با دو طبقه ارتباط مؤثر بهداشتی به عنوان عامل عملکرد فعال تحت سه زیرطبقه شامل: عملکرد مناسب پزشک، وظیفه‌گرایی مراکز بهداشتی و درمانی، آثار مثبت ارتباط گروهی و طبقه ارتباط نا مؤثر بهداشتی عامل عملکرد منفعل تحت دو زیرطبقه شامل عملکرد نامناسب پزشک و ضعف کارکردی مراکز بهداشتی و درمانی استحصال گردید. از نگاه مشارکت‌کنندگان تأثیر مواردی نظیر، ازدحام و شلوغی مطب پزشکان، عدم اختصاص وقت کافی و بی‌توجهی به توضیحات بیمار، حسّ همدردی کم و در برخی موارد بی‌توجهی در تشخیص دقیق بیماری را درعملکرد منفعل زنان مؤثر ارزیابی نمودند.

تعداد ۱۷ نفر از مشارکت‌کنندگان، ضعف در کارکرد مراکز بهداشتی، درمانی را با عبارات محوری نظیر ارائه اطلاعات سطحی، ایجاد ترس بیش از حد در مراجعین، فقدان سیستم اطلاع‌رسانی غربالگری در سیستم بهداشتی، عدم ارائه برنامه ادواری معاینات و آزمایشات ضروری و عدم جدیت برای پایش مراجعه‌کنندگان، بی‌توجهی در تشخیص صحیح بیماری حمایت ناکافی از موارد مشکوک به سرطان را بیان کردند. نمونه‌ای از اظهارات ذکر می‌گردد:

"... البته برخورد دکترها هم مهم است؛ مثلاً من که رفته بودم دکتر مرا خیلی ترساند وحشتی در من ایجاد کرد که از رفتنم پشیمان شدم." یا "درمانگاهها می‌توانند نقش بسیار مهمی در روشن کردن مردم داشته باشند اما هیچ چیز نمی‌گند. من همیشه به درمانگاه که می‌روم می‌پرسم که چکار دیگری باید انجام بدهم، می‌گویند برو به سلامت کاری نیست." مشارکت‌کنندگان توصیه و ارجاع پزشک را در افزایش انگیزه تأثیرگذار ارزیابی نموده و پیشقدمی مراکز

بهداشتی، درمانی را به لحاظ ارائه اطلاعات مفید و صحیح، برگزاری جلسات جمعی مبتلایان داوطلب و افراد در معرض خطر برای تبادل تجارب و نظرات در برطرف شدن ترس و دلهره و ایجاد نگرش مثبت مؤثر دانستند؛ زیرا معتقد بودند همدلی در گروه همسال و توصیه به همدیگر و محیط جمعی در تصمیم‌گیری بسیار مؤثر خواهد بود.

حمایت: این درون‌مایه با دو طبقه حمایت مناسب عامل عملکرد فعال تحت سه زیرطبقه شامل حمایت فردی، حمایت اجتماعی و حمایت فرهنگی و طبقه حمایت نا مناسب به عنوان عامل عملکرد منفعل استخراج گردید.

مشارکت‌کنندگان در تحقیق حاضر، دغدغه عدم همراهی همسر، ناهمگونی سیستم بیمه، فقدان امنیت شغلی زنان در صورت ابتلا به بیماری مثل سرطان، ناهماهنگی فرهنگی در خصوص حمایت از اطلاع‌رسانی بیماریهای مخصوص زنان و فقدان سیستم حمایتی، ترغیبی معاینات ادواری از سوی سیستم بهداشت و درمان کشور از جمله نکات محوری مهم ذکر می‌نمودند؛ به طور مثال:

"خیلی از خانواده‌ها گرفتار این موضوع هستند؛ اگر به شکل واکسیناسیون که الان تبلیغ می‌شود به خانم‌ها کارت بدهند و سالانه یادآوری بکنند شاید خود من هم زودتر می‌فهمیدم اما موقعی فهمیدم که دیر شده بود و سینه‌ام را برداشتند."

در این مطالعه، با توجه به تجربیات و نظر شرکت‌کنندگان، تم‌های استحصال شده به شکل دو روند کلّی: الف- عوامل فردی به عنوان روند اصلی و تعیین‌کننده رفتار کنترل سرطان پستان* و ب- عوامل اجتماعی به عنوان روند تأثیرگذار بر رفتار† در نظر گرفته شد. برای تأیید این دو روند به برخی از نظرات شرکت‌کنندگان در این پژوهش اشاره می‌گردد:

خانم ۴۲ ساله: باید خودم مواظب خودم باشم.

خانم ۳۹ ساله: اگر فرد به خودش کمک نکند، هیچ احدی نمی‌تواند.

خانم ۶۵ ساله: من بالاخره در برابر حفظ سلامتی خودم مسؤولم.

خانم ۴۸ ساله: وقتی فکر می‌کنم می‌توانم این بیماری (سرطان پستان) را کنترل نمایم و آرامش روحی پیدا می‌کنم.

خانم ۵۴ ساله: کنترل، یعنی نگذارم سرطان ریشه بدواند.

خانم ۴۴ ساله: تنها چیزی که در این سالها فهمیده‌ام این که کسی که می‌تواند به آدم کمک بکند خودش است.

خانم ۴۷ ساله: کنترل بیماری، یعنی فرصت دوباره زندگی برای خودم.

خانم ۵۸ ساله: آموزش جمعی بر روی فکر آدم تأثیر می‌گذارد توی مساجد بگویند ما مصمم‌تر می‌شویم.

خانم ۴۵ ساله: دکترها و درمانگاها می‌توانند روی ترس ما زنان تأثیر بگذارند هم مثبت و هم منفی.

خانم ۴۳ ساله: من وقتی فهمیدم مبتلا شده‌ام تصمیم گرفتم برم دنبالش چون مهم خودم بودم که کنار آمدم.

خانم ۴۹ ساله: امروزه خانم‌ها خیلی از رادیو و تلویزیون خط می‌گیرند؛ البته من همیشه خودم انتخاب می‌کنم چیزی که می‌خوام انجام بدم اما تلویزیون تأثیرش بیشتر است.

خانم ۴۶ ساله: صدا و سیما می‌تواند در این زمینه فرهنگ‌سازی کند.

خانم ۶۲ ساله: آن قدر مطب ها شلوغ است که نمی‌شود سؤال و جواب کرد.

برخورد منطقی با پدیده مورد مطالعه ایجاب می‌کرد که به ویژگیها و واکنشهای فرد در فرایند رفتار توجه شود؛ زیرا اولین قدم، تصمیم فرد برای اقدام است و این تصمیم بستگی به ادراک فرد از موقعیتی که در آن قرار داشته و نیز به روحیه و احساس توانایی وی دارد؛ به عبارت دیگر اگر عوامل خارج از فرد نظیر اطلاعات، ارتباطات و حمایت مهیا باشد اما شرایط درونی فردی یعنی تفکرات، ادراک، باورها و احساسات به گونه‌ای آمادگی لازم را نداشته یا ضعیف باشد، رفتار مطلوب مشاهده نمی‌گردد.

* Major Factors
† Minor Factors

بحث

با توجه به جستجوهای انجام شده می‌توان گفت که مطالعه حاضر اولین تحقیق کیفی در کشور است که به بررسی مفهوم کنترل و پیشگیری از سرطان پستان و فهم چگونگی این رفتار می‌پردازد. یافته‌های تحقیق حاضر حاکی از آن است عملکرد منفعل کنونی کنترل این بیماری که در حال حاضر با پیامدهای خاص خود در جامعه به چشم می‌خورد، تصویری از برایند مؤلفه‌هایی برخاسته از متن اظهار نظرهای مشارکت‌کنندگان می‌باشد؛ یعنی یک‌سری از طرز فکرها و گرایشات موجود، نظام باورها را در معرض آسیب قرار داده و سبب جدّی نگرفتن احتمال خطر ابتلا به سرطان پستان از سوی فرد می‌گردد. به طور طبیعی در چنین وضعی، حساسیت نسبت به موضوع کاهش پیدا کرده و به انحاء مختلف تهدیدات نادیده انگاشته می‌شود و نتیجه این که درک صحیح از موقعیت تهدید پیدا نشده و در عمل سهل‌انگاری و غفلت مشاهده می‌گردد؛ از سوی دیگر این گونه نگرش، احساس کارآمدی برای جستجو و حرکت جهت اطمینان از سلامت خود (اقدام لازم) را مختل ساخته و حس خود مسؤولی را تضعیف می‌نماید که ثمره آن موجب کاهش انگیزه، کاهش سطح آمادگی فردی و کاهش تبعیت وی از توصیه‌های پیشگیرانه و در نتیجه اعراض فرد می‌گردد.

موارد پیش‌گفت، بر روی همدیگر تأثیر گذاشته و حاصل آن، تشخیص دیر هنگام و افزایش شمار مبتلایان در مراحل پیشرفته بیماری و پیامدهای مختلف آن می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج حاصل از مطالعات Drossaert و Rutter همخوانی دارد؛ به اعتقاد آنان، این گرایش تحت تأثیر متغیرهایی چون دریافت خطر، درک عنصر زمان، احساس توانمندی و احساس خودمسؤولی قرار می‌گیرد و یافته‌های آنان تأیید می‌نماید که نگرش و درک خطر بهترین پیشگویی‌کننده رفتار کنترل سرطان پستان زنان است (۲۱،۲۰).

اظهارات نظری و تجارب عملی شرکت‌کنندگان در خصوص"مفهوم رفتار کنترل سرطان پستان" نشان از یک مطلب قابل توجه دارد که در این فراز آشکار می‌گردد: "کنترل، یعنی نگذارم سرطان پستان ریشه بدواند." با بررسی دقیق‌تر، نقش محوری فرد برای رفتار فعال در این عبارت مستتر است؛ زیرا اولاً فرد این موضوع را در حیطه وظایف خود می‌داند نه دیگران؛ یعنی شکل‌گیری گرایش نسبت به مراقبت از سلامت خود در تعامل فرد با خودش اتفاق می‌افتد؛ دوماً، از آنجا که معمولاً ریشه در طول زمان رشد پیدا می‌کند، پس درک اهمیت و موقعیت زمانی نیز از موارد بسیار مهم تلقی می‌گردد و سوم این که، فرد با علم به توانایی خود، این انتظار را از خود دارد نه از دیگران؛ بنابراین احساس توانمندی شخصی برای اقدام را در خود می‌بیند و در مجموع این سه نحوه مواجهه با مسأله یعنی طرز فکر و باور مثبت، موقعیت‌سنجی و کارایی داشتن، نشان‌دهنده تفکر رفتار فعال می‌باشد. مشابه نتایج ما در مطالعات جداگانه‌ای بر روی درک و نحوه تصمیم‌گیری زنان در رفتار غربالگری، گزارش شده است؛ محققان معتقدند کنترل، یک رفتار آگاهانه است و به معنای هوشیار بودن نسبت به اوضاع و شرایطی است که به شیوه قابل پیش‌بینی بر رفتار اثر می‌گذارد (۲۳،۲۲)؛ همچنین در مطالعه‌ای افراد بر حسب پاسخ به این سؤال که فکر می‌کنید تا چه حدّی در وضعیت سلامت خود مؤثر هستید؟ به دو دسته عمل‌گرا و تقدیرگرا تقسیم شدند. یافته‌های مطالعه نشان داد که افراد تقدیرگرا در مقایسه با عمل‌گرا سطح سلامت کمتری داشتند و رفتارهای سالم بهداشتی در آنها کمتر به وقوع می‌پیوست (۲۳). ارتباط دو جانبه خود کارآمدی و مراقبت از سلامت خود ایجاب می‌کند که با بهبود خود کارآمدی فرد، احتمال ایجاد رفتار مراقبت از سلامت خود در فرد نیز افزایش یابد (۱۲). Dorthe و همکاران تأثیر مثبت این دو مقوله را با گزارش نتایج یک پروژه تحقیقاتی پنج ساله در دانمارک، با عنوان "ارزش غربالگری سلامتی" تأیید نموده‌اند. از نتایج دیگر همین پروژه، اعتقاد مردم به نقش نگرش مثبت در ارتقای سلامتی است (۲۴). در مطالعه Tolma و همکاران، خود کارآمدی قوی‌ترین پیش‌کننده برای

تمایل زنان در حفاظت از سلامت خود با انجام ماموگرافی سالیانه گزارش می‌شود. آنان معتقدند ارتقای کارآمدی شخصی احتمال بیشتری در برانگیختن فرد به تبعیت از توصیه‌های پیشگیرانه در مقایسه با تأثیرات محیطی دارد. این پژوهشگر در مطالعه دیگری به نقش تعیین‌کننده نگرش زنان و خود کارآمدی آنان در ارتقای عملکرد غربالگری سرطان پستان اشاره و تأکید می‌نماید (۲۵،۱۰).

نکته قابل توجه در پژوهش حاضر، کاستی در دریافت فرد از میزان آسیب پذیری در برابر بیماری و به عبارت دیگر فقدان حساسیت فرد نسبت به افزایش سن، وقوع یائسگی، جنس (زن بودن)، استنباط از میزان شدّت و پیامد بیماری، غفلت فرد با وجود مشاهده فوت نزدیکان یا آشنایان بود . Tracy و همکاران دو مطالعه کیفی هم‌زمان بر روی درک زنان از سابقه فامیلی (ژنتیکی) بیماری سرطان پستان انجام دادند و گزارش کردند که درک تهدیدات و فهم پیامدهای بیماری سرطان پستان از مقولات مهم و تأثیرگذار در عملکرد (فعال یا منفعل) زنان است (۲۶). Salovay و همکاران از دانشگاه ییل امریکا نیز در یافته‌های پژوهش خود بر اهمیت متغیر احساس مسؤولیت فردی در رفتارهای غربالگری تأکید نموده‌اند (۲۷).

بینش، موقعیت‌سنجی و احساس توانمندی سه عاملی هستند که در پیوند با یکدیگر قرار می‌گیرند و تعامل این مفاهیم دارای محوریت و مرجعیت لازم در بین دادها بوده و در رفتار کنونی نیز مشهود است و برایند آن طرز فکر فرد نسبت به اقدامات لازم می‌باشد؛ زیرا عامل مؤثر بر اعراض از اقدام به کنترل سرطان پستان از دیدگاه بیشتر مشارکت‌کنندگان این تحقیق، طرز فکر فرد بوده که به صورت فراگیر با تأثیر بر درک از موقعیت و نیز کارایی شخصی، هم سبب رفتاری متفاوت با الگوی رفتار فعال کنترل و پیشگیری از سرطان پستان می‌گردد و هم عامل مؤثری در منتج شدن کد تئوریکی به حساب می‌آید با مرور مکرر داده‌ها، نگرش نا مطلوب نسبت به کنترل و پیشگیری از سرطان پستان به عنوان متغیر مرکزی به وضوح در میان داده‌ها احساس می‌شد.

نگرش، سازمان‌دهنده باورها، احساسات، تفکرات و ادراک فرد است و نوعی قضاوت و ارزیابی نیز محسوب می‌گردد. در مطالعه Steele و همکاران بر تأثیر نگرش نامساعد در عدم تمکین از توصیه‌های غربالگری و فقدان تمایل زنان برای انجام ماموگرافی تأکید شده است (۲۸) که یافته های تحقیق حاضر را تأیید می‌نماید. بالدوین، نگرش را آمادگی برای توجه یا اقدام به عمل تعریف می‌نماید و می‌گوید: زیربنای تصمیم‌گیری فرد را نگرش او می‌سازد و رفتار، نتیجه تصمیم و تصمیم نیز مبتنی بر آگاهی و گرایش و انتخاب می‌باشد؛ بنابراین به نظر می‌رسد ارتباطی مستقیم بین نگرش و آمادگی (اخذ تصمیم) وجود دارد (۲۹).

از آنجا که مهمترین هدف آموزش سلامت ارائه راهکار ملموس برای تقویت عملکرد افراد می‌باشد، جهت نیل به این هدف و با توجه به متغیر مرکزی استحصال شده، مفهوم ترغیب آگاهانه* در قالب یک مفهوم مکمّل و کد تئوریکی† که می‌تواند برای اصلاح نگرش و بهبود رفتار کنترل و پیشگیری از سرطان پستان به کار رود، با توجه به تحلیل اظهارات خود مشارکت کنندگان، مورد توجه قرار گرفت.

ترغیب عبارت است از فرایند تغییر نگرش از طریق کسب انواع مختلف اطلاعات و توانایی راضی کردن مخاطب برای ملزم‌کردن به رفتاری شایسته با قبول اطلاعات جدید. پذیرش با دلیل و به باور رسیدن معنای دیگر ترغیب می‌باشد که قانع کردن می‌تواند در خلال تعیین و ارائه عناوین مرتبط با تفکرات، اطلاعات منطقی طبقه‌بندی شده از یک منبع شناخته شده و یا مؤلف معتبر باشد (۳۰).

ساخت نگرش رابط مهمّی بین اطلاعات دریافت شده از محیط (عوامل اجتماعی) و نحوه پاسخ دادن به آن (عوامل درونی) می‌باشد. Aspinwall و همکاران در بیان نتایج مطالعه کیفی خود می‌گویند: پیامهای ترغیبی بهتر از پیامهای

* Informed Persuasion
† Theoretical Code

حاوی ترس در برنامه‌های غربالگری مؤثرند. آنان می‌گویند با طراحی برنامه‌های ترغیبی برای برقراری و ثبات رفتار فعال کنترل سرطان پستان و افزایش میزان تبعیت زنان موفقیت قابل توجهی کسب کرده‌اند و آن را مؤثرتر از برنامه‌های بازدارنده (استفاده از ترس) گزارش نموده‌اند (۳۱). در مطالعه دیگری نیز Salovay تأثیر پیامهای ترغیبی* را مؤثرتر از پیامهای ترساننده† ذکر کرده‌اند؛ گرچه در اغلب برنامه آموزش در
مورد کنترل این بیماری از رویکرد ترس‡ استفاده شده است (۳۲).

طبق تعریف گرین، آموزش بهداشت به فرایندی اطلاق می‌گردد که به افراد کمک می‌نماید به طور انفرادی یا جمعی، تصمیم‌گیری آگاهانه‌ای درباره مواردی که بر سلامتی آنان تأثیر می‌گذارد، داشته باشند؛ به همین دلیل آموزش بهداشت مؤثر، موجب تغییراتی در شیوه تفکر می‌گردد و دگرگونی اعتقاد و نگرش را به دنبال دارد (۳۳).

نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق حاضر جهت اصلاح نگرش و بهبود رفتار زنان، رویکرد پایش سلامت ترغیب محور§ می‌تواند با چارچوب نظری پیشنهادی به شرح زیر، تبیین گردد:

– نگرش بر ادراک، احساس و تفکر فرد تأثیر روان‌شناختی دارد.

– نگرشها قابل یادگیری هستند؛ آگاهی و اطلاعات می‌توانند نگرش را تغییر دهند.

– افراد در توسعه مهارتها، کسب دانش و نگرش لازم برای تصمیم گیری، توانا و مسؤولیت پذیر هستند.

– ترغیب آگاهانه برای توسعه پذیرش مسؤولیت فردی در ایجاد و حفظ رفتارهای کنترل سلامتی ضروری می‌باشد .

از آنجا که رفتار کشف بیماری** با رفتار پیشگیری†† تفاوت دارد و تمایز این دو رفتار در حیطه آموزش سلامت بسیار مهم و تعیین کننده است، بنابراین برنامه‌ریزی برای آموزش این دو رفتار نیز متفاوت طراحی می‌گردد؛ به نظر می‌رسد رویکرد پیشنهادی پژوهش حاضر، مبنای قابل قبولی را برای طراحی برنامه آموزشی ارائه نماید.

انجام مطالعه تجربی برای آزمودن پیشنهاد حاضر می‌تواند به تأیید یا اصلاح نتایج این تحقیق کمک نماید. کاربرد گراندد تئوری در این تحقیق به پژوهشگران کمک کرد تا با بررسی عمیق تجارب، عقاید، رفتارها، و افکار زنان به توصیف عوامل مؤثر بر عملکرد کنترل و پیشگیری از بیماری سرطان پستان در بین زنان نایل آیند؛ اگر چه محدود بودن تعداد مشارکت‌کنندگان در تحقیق ممکن است تعمیم پذیری آن را با سؤال مواجه سازد، با این حال این موضوع امری پذیرفته شده در تحقیقات کیفی است (۱۷،۱۴،۱۳) و کوشش در پرهیز از یک‌سو نگری، همراه با توصیف عمیق نتایج و بررسی تعداد زیادی از تجارب مشارکت‌کنندگان می‌تواند تا حدّ زیادی بر این ضعف نایل آید.

با توجه به این که این پژوهش در سطح شهر تهران انجام شده، قطعاً مطالعه‌ای وسیعتر، درک جامعتری را از این پدیده در معرض دید برنامه‌ریزان نظام سلامت قرار خواهد داد و این مهم نیز توصیه می‌گردد.

* Gain Frame
† Loss Frame
‡ Fear Approach
§ Persuasion- Based Health Monitoring Approach

** Detection Behavior
†† Prevention Behavior

منابع:

1- Screening to prevent cancer death. Available from: http://www.CDC.com/prevention-health promotion/prevent cancer.htm . Accessed: 2006

2- The American Cancer Society (ACS). Cancer facts and figures. Atlanta GA. No100-80; 2005.

3- Issued by International Agency for Research on Cancer (IARC): General information on breast cancer; Statistics, Incidence, Survival and Screening: World Health organization; 2004.

4- World Health Organization (WHO): Screening for breast cancer. http://who.int/cancer/breast cancer-screening/report of IARC.htm . Accessed: 2005.

5- NBCAM. Breast cancer: Know the facts about your risk. Emerge Chronic Dis. Available from URL; http://www.cancer.org/breast cancer/Figures-factsheet.htm . Accessed; 2005.

6- World Health Organization (WHO): Early detection of cancer greatly increases the chance of successful treatment. Available from: http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/ . Accessed: 2005.

7- Iranian Ministry of Health & Medical Education. Deputy of Health, National Ageing Health and Women's Cancer Program. 1st ed. Tehran. 2002. [Persian]

8- Harrichi E. Results of a multi-center study. Asian Pacific J Cancer Prevention. 2004; (5): 24-27.

9- Breast Cancer Action: Policy on breast cancer screening. Available From: http://www.cancer.gov/breast cancer/early detection.htm . Accessed: 2004.

10- Tolma LE, Reininger B, Evans A. Examining the Theory of Planned Behavior and the Construct of the Self-efficacy to Predict Mammography Intention. J Health Education Behavior. 2006; 33 (2): 233-251.

11- Montazeri A. Delayed presentation in breast cancer: A study in Iranian Women. BMC women health. 2003; 3: 4.

12- Raffifar Sh, Attarzadeh M. Empower people for self care. 1st ed. Tehran: Mehr Ravash Pub. Tehran; 2005. pp. 254-260. [Persian]

13- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. 2nd ed. Newbery Park: Sage Publications; 1998.

14- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing, advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott; 2003.

15- Anselm S. Corbin J. Basic of Qualitative Research. 2nd ed. California USA: SAGE Publications Inc; 1998.

16- Eaves Y, Vonne D. A synthesis technique for grounded theory data analysis. J Nursing Res. 2001; (5): 654-663.

17- Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology. In: Denzin NK; Lincoln YS. (eds.) Strategies of qualitative inquiry (pp.158-183). Thousands Oaks,CA: Sage Publications; 1998.

18- Ahmadi F. Series of educational workshops on medical science. qualitative research. 1st ed. Tehran:Tarbiat Modares University; 2003. pp. 25-30. [Persian]

19- Salsali M, Parvizi S. Qualitative Research Methods. 1st ed. Tehran: Boshra Publication; 2003. pp. 128-135. [Persian]

20- Drossaert C, Boer H, Seydel ER. Prospective study on the determinants of repeat attendance patterns in breast cancer screening using the theory of Planned Behavior. J Psychology Health. 2003; 18 (5): 551-565.

21- Rutter DR. Attendance and reattendance for breast cancer screening: a prospective 3 years test of the theory of plaaned behavior. Br J Health Psychology. 2000; 5:1-133.

22- Sobero RA, Giraldo GP, Strode ML. Using a culturally competent framework to increase annual breast cancer screening rates among low-income Latinas. California J Health Promotion. 2003; 1 (2): 101-117.

23- Cannas Kwok, Rosemary Cant, Gerald Sullivan. Factors associated with mammography decisions of Chinese-Australian Women. Health Education Res. 2005; 20 (6): 739-743.

24- Dorthe K, Nielsem B, Dyhr L. You can't prevent everything anyway. Family Practice J. 2004; 21 (1): 28-32.

25- Tolma EL, Ureda BM, Evans A. Cognitive motivations associated with screening mammography in Cyprus. Preventive Med. 2003; 36: 363-373.

26- Tracy W, Valerie A. Women's perceptions at familial aspects of breast cancer. J Health Education. 2002;102 (2): 50-59.

27- Salovay P. Williams-Piehota P, Schneider TR, Pizarro J. Matching health messages to locus of control beliefs for promoting mammography Utilization. Psychology and Health. 2004; 19: 407-423.

28- Steele Susan K, Porche Demetruis J. Testing the theory of planned behavior to predict mammography intentions. Nursing Res J. 2005; 54 (5): 332-338.

29- Bohner G, Wanke M. Attitudes and attitude change. Translated by: Sadeghi M. 1st ed. Tehran: Savalan Publication; 2003. [Persian]

30- Regina OS, Stewart S, Sabogal F. Access and attitudinal factors related to breast & cervical cancer rescreening. Health Education Behavior. 2003; 30 (3): 337-359.

31- Lisa G, Aspinwall A. Introduction of section: persuasion for the purpose of cancer reduction: Understanding Responses to the Risk Communication's of the National Cancer. Institute Monographs. 2000; 25: 88-93.

32- Salovay P, Rothman JA. Shaping perceptions to motivate healthy behavior: the role of message framing. Psychology Bulltin. 2004; l121 (1): 3-19.

33- Butler T. Principles of health education and health promotion. 2nd ed. USA: Morton Publishing; 2001. pp: 234-247.

Title: Women's prospect of breast cancer early detection behavior: a qualitative research

Authors: M. Lamyian[1], AR. Heidarnia[2], F. Ahmadi[3], S. Faghihzadeh[4], M. AguilarVafaie[5]

Abstract:

Background and Aim: Breast cancer is the most prevalent cancer among Iranian women. Early diagnosis of the disease is vitally important in successful treating of it and reducing its mortality and care-cost burden. In our country,the major causes of mortality and other unfavorable complications of the disease are due to late referring of women. So far, the nature of this behavior has not been studied. The present qualitative study was done on a number of Tehran women to clarify the concepts of breast cancer control and prevention; and factors affecting this procedure.

Materials and Methods: A content analysis with a qualitative approach (Grounded Theory) was conducted in depth on 31 women through semi-structured (individual and group) interviews. Data collection continued to saturation point .Data analysis was done by means of constant comparative analysis method, using theoretical sampling and constant comparison analysis

Results: The study was done on 31 females aged 49±8.05, of whom 54.8% were in employment and 45.1% were housewives. Education level was average in 48.3% of the cases and 27% of them were married. Individual and social factors were the two effective categories that shaped the women's behavior , which regarded women's early detecting behavior and respective factors were classified into 3 categories: Inappropriate attitude toward behavior, Inadequate risk-perception , and inefficient perceived data. The mentioned concepts are the same obstacles and frustrations which may occur in detecting breast-cancer behavioral procedure, together with a shade of subjective behavior.

Conclusions: Controlling is a multidimensional concept which has individual and social aspects but individual intentional rate is higher. After final analysis of the obtained data, inappropriate attitude towards control and prevention of breast cancer was taken as the central variable and conscious persuasion was recognized as the corrective factor. Health promotion of women, who make up half of the active population of the country, is one of the requirements of stable development and planning appropriate methods to warn women of health risks is among health education missions. The indispensable factor in this respect is attention to women's attitude construct and qualitative studies seem to define behavioral situations better than quantitative methods; and, thus, help planning educational interventions. Therefore, it is suggested that defining the concept of breast-cancer control and prevention according to routine quantitative methods and comparing it with the results of the present study should be taken into account.

Key Words: Breast cancer; Grounded theory; Persuasion, Attitude, Health education

[1] Corresponding Author; Assistant Professor, Department of Midwifery Medical Science Faculty, Tarbiat Modarres University ,Tehran, Iran lamyianm@modares.ac.ir
[2] Associate Professor, Department of Health Education, Medical Science Faculty, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran
[3] Associate Professor, Department of Nursing, Medical Science Faculty, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran
[4] Professor, Department of Biostatistics, Medical Science Faculty, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran
[5] Associate Professor, Department of Psychology, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran