

## میزان آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان بهداشت به برنامه‌های پیشگیری از سرطان پستان در حاشیه جنوبی دریای خزر

حسن خانی: کارشناس پژوهشی باشگاه پژوهشگران جوان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قائم شهر  
نرگس مسلمی زاده: استادیار گروه آموزشی جراحی بیماری‌های زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی مازندران  
علی منتظری: استاد پژوهش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی  
غلامعلی گدازنده: استادیار گروه آموزشی جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران  
آمنه قربانی: کارشناس پژوهشی، کارشناس ارشد شیمی تجزیه

### چکیده

**مقدمه:** با توجه به نقش کلیدی کارکنان بهداشت در آموزش برنامه‌های غربالگری سرطان پستان بنظر می‌رسد اجرای طرح‌هایی در جهت افزایش سطوح آگاهی، نگرش، باورها و به تبع آن عملکرد این قشر در خصوص برنامه‌های پیشگیری از سرطان پستان لازم باشد. هدف از این مطالعه، تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان بهداشت نسبت به خودآزمایی پستان و معاینه بالینی پستان در استان مازندران است.

**روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی بوده که جامعه مورد بررسی آن کارکنان بهداشت بالای ۲۰ سال در استان مازندران طی سال ۱۳۸۵ بوده است. روش نمونه‌گیری در این مطالعه تصادفی چند مرحله‌ای بود. یک پرسشنامه با ساختار کوتاه، خود ساخته و استاندارد شده، برای جمع‌آوری داده‌ها طراحی شد. کارکنان بهداشت شرکت‌کننده در این مطالعه بصورت تصادفی از مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی موجود در استان انتخاب شدند.

**یافته‌ها:** از میان ۹۰۰ پرسشنامه جمع‌آوری شده، تعداد (۷۹/۴۴٪) ۷۱۵ نفر از افراد شرکت‌کننده پرسشنامه تحقیقاتی مطالعه را بطور کامل تکمیل نمودند. پاسخ‌دهندگان دارای میانگین سنی  $34/46 \pm 7/54$  سال بوده و محدوده سنی ۱۹ تا ۵۹ سال داشته‌اند. از میان شرکت‌کنندگان ۸۳/۴٪ متأهل، ۳۲/۹٪ بهورز، ۶۳/۸٪ رابط بهداشتی و ۳/۴٪ کارمند مرکز بهداشت بوده‌اند. سطح آگاهی‌های مرتبط با سرطان پستان و برنامه‌های پیشگیری و غربالگری آن در ۴۱/۳٪ موارد خوب، ۵۲٪ متوسط و ۶/۷٪ بد بوده است. تقریباً کلیه پاسخ‌دهندگان دارای نگرش بسیار موافق و یا موافق با اجرای برنامه‌های پیشگیری از سرطان بوده‌اند. اما در عمل فقط ۲۶/۲٪ نفر از شرکت‌کنندگان هر ماه بطور منظم آن را انجام می‌دادند. ۹۴/۷٪ نفر از کارکنان بهداشت شرکت‌کننده در این مطالعه، راغب به شرکت در کلاس‌های آموزشی اجرای برنامه‌های پیشگیری و غربالگری سرطان‌ها بالاخص سرطان پستان بوده‌اند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اینکه کارکنان بهداشت شاغل در مراکز درمانی می‌توانند موجب سالم‌سازی رفتارهای جامعه گردند، لذا اجرای برنامه‌های منظم و مدون آموزشی در رابطه با پیشگیری از سرطان پستان بالاخص انجام خودآزمایی پستان، معاینه بالینی پستان و ماموگرافی برای این گروه لازم بنظر می‌رسد.

**واژه‌های کلیدی:** آگاهی، نگرش، عملکرد، سرطان پستان، کارکنان بهداشت

## مقدمه

بروز سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه به نسبت پایین است، بطوریکه فقط در حدود ۵۰٪ از تمام تشخیص‌های قطعی داده شده مربوط به این سرطان در کل دنیا متعلق به کشورهای فقیر و یا در حال توسعه است [۱] و این امر می‌تواند ناشی از تشخیص‌های زودرس به کمک برنامه‌های پیشگیری و غربالگری در کشورهای توسعه یافته باشد [۲]. بعبارت دیگر می‌تواند نشان دهنده کاربردهای مفید اجرای برنامه‌های پیشگیری از سرطان پستان از قبیل خودآزمایی پستان، معاینه بالینی پستان و ماموگرافی بر اساس یک برنامه غربالگری مشخص و تدوین شده برای کنترل سرطان پستان باشد [۳ و ۶]. خودآزمایی پستان یک روش ساده، مؤثر و ارزان برای غربالگری و تشخیص زودرس سرطان پستان است که برای اکثر زنان نیز قابل دسترس است [۷]. با این حال امروزه سودمند بودن اجرای منظم و ماهانه خودآزمایی پستان مورد بحث و تردید قرار گرفته است.

انجمن سرطان آمریکا انجام ماهانه و مداوم خودآزمایی پستان را به زنان بالای ۲۰ سال بالاخص برای سنین بالای ۳۵ سال توصیه می‌نماید [۸]. اما نیروی کار کانادایی برای مراقبت بهداشتی پیشگیرانه اعلام کرده است که پزشکان نباید بیشتر از این بطور روتین خودآزمایی پستان را بعنوان یک تکنیک غربالگری برای سرطان به زن‌های با سن ۴۰ تا ۶۹ سال آموزش دهند. چرا که می‌تواند زیان بیشتری نسبت به سود آن داشته باشد [۹]. از سوی دیگر با توجه به اینکه تعداد قابل توجهی از زنان توده‌های پستان را در هنگام حمام کردن یا پوشیدن لباس پیدا می‌کنند، در نتیجه انجام یک بار خودآزمایی پستان در ماه می‌تواند باعث افزایش آگاهی زنان از وضعیت طبیعی بدن خود آنها شود [۱۰].

مطالعه‌های در دسترس نشان داده‌اند که انجام منظم یک بار خودآزمایی پستان در ماه می‌تواند باعث افزایش میزان تشخیص‌های زودرس سرطان پستان و به تبع آن کاهش میزان مرگ و میر بیماران مبتلا گردد [۱۱ و ۱۳]. اما در برخی از مطالعه‌های دیگر، بهبودی در نوع مرحله بندی سرطان و یا کاهش میزان‌های مرگ و میر با انجام خودآزمایی پستان گزارش نگردید [۱۴ و ۱۷]. بهرحال همانطور که گفته شد، و مطالعات مختلفی نیز پیشنهاد کرده‌اند، بهبود سطح آگاهی و نگرش جامعه نسبت به سرطان و به تبع آن فراگیری و انجام خودآزمایی پستان می‌تواند نقش مثبتی بر رفتارهای غربالگری افراد جامعه برای بیماری‌های مختلف بالاخص سرطان‌ها داشته باشد [۱۸ و ۲۲].

با آنکه اجرای برنامه‌های پیشگیری و غربالگری سرطان پستان از ابزارهای بسیار کارآمد در تشخیص‌های زودرس این

سرطان است، اما هنوز بطور جدی از طرف اغلب پزشکان و همچنین زنان در اکثر مراکز درمانی کشورهای در حال توسعه مورد استفاده و استقبال قرار نمی‌گیرد [۲۳]. فقر، فقدان بیمه سلامتی و افزایش سن به عنوان عوامل مؤثر در عدم انجام معاینه بالینی پستان در زنان مناطق مختلف دنیا نام برده می‌شود. به‌رحال بنا بر برخی از گزارش‌ها، اکثر زنان با وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین و یا حتی تحصیل کرده در اغلب کشورهای در حال توسعه، با وجود پوشش‌های بیمه وسیع، از روش‌های معاینه بالینی پستان و ماموگرافی بهره‌ای نمی‌برند [۲۴ و ۲۷] که این امر می‌تواند بعلت عدم وجود برنامه‌های پیشگیری و غربالگری منظم و تدوین شده برای کنترل سرطان در غالب کشورهای در حال توسعه منجمله ایران باشد. به نظر می‌رسد که کمبود آگاهی‌های موجود در زنان جامعه ایرانی نسبت به عوامل خطر، علایم و نشانه‌ها و مزایای اجرای برنامه‌های غربالگری و نحوه عملکرد کلینیک‌های بهداشتی و درمانی مربوط به سرطان بالاخص سرطان پستان، ناشی از عدم وجود برنامه‌های پیشگیری باشد [۷ و ۲۸].

با توجه به نقش کلیدی کارکنان بهداشت در پیشبرد اهداف تعیین شده ارتقاء سلامت و نیز اهمیت وظیفه این قشر در آموزش جامعه و نقش آنها در اجرای صحیح برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌ها، متأسفانه بعلت نبود برنامه جامع پیشگیری از سرطان در ایران اطلاعات دقیقی از سطوح آگاهی، نگرش و عملکرد این قشر از جامعه نسبت به سرطان‌ها در دسترس نیست تا بر اساس آنها مسئولین مربوطه برنامه‌ریزی‌های مناسب را جهت آموزش کارکنان بهداشت مراکز بهداشتی و درمانی و به تبع آن جامعه تحت پوشش آنها انجام دهند. لذا برآن شدیم تا در جهت برنامه ارتقاء سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور در زمینه کنترل بیماری‌های سرطان در ایران، مطالعه‌ای را برای تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان بهداشت نسبت به برنامه‌های پیشگیری از سرطان پستان به ویژه انجام خودآزمایی پستان در استان مازندران انجام دهیم تا مبنایی برای طرح‌های پژوهشی مداخله‌ای در جامعه در جهت کاهش شیوع و بروز سرطان پستان در استان مازندران باشد.

## روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی بوده که جامعه مورد بررسی آن کارکنان بهداشت مراکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی شاغل در استان مازندران در سال ۱۳۸۵ است. با توجه به وجود داده‌های آماری قبلی مبتنی بر میزان آگاهی قابل قبول در ۳۰ درصد از افراد جامعه زنان بالای ۱۵ سال شهرستان ساری نسبت به سرطان پستان که توسط دکتر

## یافته‌ها

از میان ۹۰۰ پرسشنامه جمع‌آوری شده، تعداد (۷۹/۴۴٪) ۷۱۵ نفر از افراد شرکت‌کننده، پرسشنامه تحقیقاتی مطالعه را بطور کامل تکمیل نمودند و مابقی از مطالعه حذف شدند. ۷۱۵ نمونه دارای میانگین سنی  $34/46 \pm 7/54$  سال و محدوده سنی ۱۹ تا ۶۰ سال بوده‌اند. از میان شرکت‌کنندگان (۸۳/۴٪) ۵۹۶ نفر متأهل، (۳۲/۹٪) ۲۳۵ نفر بهورز، (۶۳/۸٪) ۴۵۶ نفر رابط بهداشتی و (۳/۴٪) ۲۴ نفر کارمند مرکز بهداشت بوده‌اند. بر اساس نتایج بدست آمده، (۱۲/۲٪) ۸۷ نفر خانه دار، (۳۶/۴٪) ۲۶۰ نفر شاغل، (۵۱/۵٪) ۳۶۸ نفر دانشجو و (۵۳/۳٪) ۳۸۱ نفر دارای تحصیلات زیر دیپلم و یا دیپلم بوده‌اند. جدول شماره ۱ نشان‌دهنده مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در این مطالعه است.

جدول ۱ - مشخصات دموگرافیک کارکنان بهداشت بالای ۲۰ سال شرکت‌کننده در مطالعه در حاشیه جنوبی دریای خزر در سال

مشخصات		تعداد	درصد
۱۳۸۵ (تعداد = ۷۱۵)			
گروه سنی (سال)			
<۳۰	۲۲۱	۳۰/۹	
۳۰ - ۳۹	۳۶۱	۵۰/۵	
۴۰ - ۴۹	۱۲۰	۱۶/۸	
$50 \leq$	۱۳	۱/۸	
Mean ( S.D )	۷۱۵	$34/46 \pm 7/54$	
Range	۷۱۵	۲۰ - ۵۹	
وضعیت تأهل			
مجرد	۱۰۹	۱۵/۲	
متأهل	۵۹۶	۸۳/۴	
متارکه	۱۰	۱/۴	
سطح تحصیلات			
زیر دیپلم	۱۸۵	۲۵/۹	
دیپلم	۱۹۶	۲۷/۴	
فوق دیپلم	۱۱۲	۱۵/۷	
کارشناسی	۲۲۲	۳۱	
شغل			
خانه دار	۸۷	۱۲/۲	
شاغل	۲۶۰	۳۶/۴	
دانشجو	۳۶۸	۵۱/۵	
نوع همکاری			
بهورز	۲۳۵	۳۲/۹	
رابط بهداشتی	۴۵۶	۶۳/۸	
کارمند مرکز بهداشت	۲۴	۳/۴	

گدازنده و همکاران در سال ۱۳۸۳ گزارش گردید [۳۳].  $P = 0.30$ ,  $d = 0.03$  و  $\alpha = 0.50$  در نظر گرفته شود تعداد نمونه برای اجرای پروژه مزبور ۸۹۶ نفر (۹۰۰ نفر) تعیین شد. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای، هریک از شهرستان‌های آمل، بهشهر، جویبار، ساری، کیاکلا و قائم‌شهر به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شدند. از هر خوشه ۳۰ خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی بصورت تصادفی انتخاب شده و از هر یک، ۵ نفر از کارکنان بهداشت شاغل بصورت تصادفی به مطالعه دعوت شدند. شرکت‌کنندگان بر اساس اهداف مطالعه باید بهورز زن، رابطین بهداشتی زن و یا از کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی شهری و روستایی با مدرک فوق دیپلم یا کارشناسی پرستاری، مامایی و آموزش بهداشت بوده باشند. کارکنان بهداشتی که تمایل به شرکت در مطالعه را داشته‌اند، بوسیله یک پرسشنامه ۳ صفحه‌ای، توسط دانشجویان همکار در طرح مورد آزمون قرار گرفتند. یک پرسشنامه با ساختار کوتاه و استاندارد شده در مرکز تحقیقات سرطان پستان ایران وابسته به جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران، جهت جمع‌آوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت [۳۴]. این پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات)، سطح آگاهی از سرطان پستان (علایم و نشانه‌ها، عوامل خطر، خود آزمایی پستان و معاینه بالینی پستان)، نوع نگرش کارکنان بهداشت به برنامه‌های غربالگری سرطان پستان و میزان عملکرد به برنامه‌های غربالگری سرطان پستان (میزان مراجعه زنان به مراکز درمانی خود، میزان انجام معاینات بالینی پستان، میزان انجام ماموگرافی زنان تحت پوشش، میزان و نوع مشارکت در برنامه‌های آموزشی در مورد برنامه‌های غربالگری سرطان پستان) بود. متغیرهای مورد استفاده در این مطالعه بر اساس پروتکل‌های استاندارد تعیین شده در منابع علمی معتبر تدوین شده است [۸ و ۹]. جهت تعیین سطوح آگاهی جامعه مورد مطالعه، جواب‌های داده شده به سؤالات ۲۰ گانه سطح آگاهی، بصورت (صحیح = +۱، غلط = -۱، نمی‌دانم = ۰) نمره گذاری شده و بر اساس نمره کل محاسبه شده در ۴ سطح (خوب = ۱۱ تا ۲۰، متوسط = ۱ تا ۱۰، بد = ۱۰ - تا ۰ و غیر قابل قبول = ۱۱ - تا ۲۰ -) طبقه بندی شدند. میزان ثبات درونی پرسشنامه تعیین سطح آگاهی با انجام یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۰ نمونه محاسبه شد و آلفای کرونباخ = ۰/۸۶ تعیین گردید. محاسبات آماری به کمک نرم افزار SPSS-15.0 انجام شد. از آمار توصیفی برای محاسبات و تعیین فراوانی مشخصات دموگرافیک، میزان آگاهی، نوع نگرش و چگونگی عملکرد پزشکان در خصوص برنامه‌های پیشگیری از سرطان پستان بالاخص معاینه بالینی پستان استفاده شد.

پاسخ دهندگان به هر یک از سؤالات می توانستند، گزینه‌های پنج‌گانه بسیار موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف و بسیار مخالف را انتخاب نمایند. جدول شماره ۳ تعداد و درصد جواب‌های هر یک از گزینه‌های مربوط به نگرش کارکنان بهداشت به انجام معاینات بالینی و اجرای برنامه‌های پیشگیری از سرطان پستان را نشان می‌دهد. در این میان (۸۷/۴٪) ۶۲۵ نفر از کارکنان بهداشت نسبت به این امر که در صورت تشخیص به موقع سرطان پستان و درمان لازم، فرد زندگی متعارفی خواهد داشت، بسیار موافق و یا موافق بوده‌اند. از سوی دیگر، (۸۵/۷٪) ۶۱۳ از شرکت‌کنندگان بطور قاطع بسیار موافق و یا موافق بوده‌اند که اکثر زن‌ها از نحوه صحیح انجام معاینه پستان‌ها توسط خودشان بی‌اطلاعتند و این امر نشان از نقش خطیر این گروه از جامعه در پیشبرد اهداف عالییه پیشگیری از سرطان در جامعه تحت پوشش دارد.

اگرچه (۷۹/۹٪) ۵۱۷ نفر از شرکت‌کنندگان، انجام معاینات بالینی پستان و ماموگرافی را از بهترین روش‌های تشخیصی زودرس قلمداد می‌نمودند و (۸۲/۱٪) ۵۸۷ نفر بنا به

جدول شماره ۲ تعداد و درصد شرکت‌کنندگانی که هر یک از گزینه‌های سؤالات مربوط به سنجش آگاهی مربوط به سرطان پستان و برنامه‌های پیشگیری از آن را جواب داده‌اند، نشان می‌دهد. اغلب شرکت‌کنندگان بنا به گفته خود، نسبت به علائم و نشانه‌ها، عوامل خطر و انواع روش‌های تشخیصی زودرس سرطان پستان آگاهی کاملی داشته‌اند به ترتیب (۷۹/۶٪ و ۷۷/۳٪ و ۸۱/۷٪). اما میزان آگاهی پاسخ‌دهندگان در مورد علائم، نشانه‌ها و عوامل خطر سرطان پستان و روش صحیح خودآزمایی و معاینه بالینی پستان مطابق نتایج بدست آمده از پرسشنامه تحقیقاتی در مجموع در سطح خوبی نبوده است. بطوریکه سطح آگاهی‌های مرتبط با سرطان پستان و برنامه‌های پیشگیری و غربالگری آن در (۴۱/۳٪) ۲۹۱ نفر خوب، (۵۲٪) ۳۶۶ نفر متوسط و (۶/۷٪) ۴۷ نفر نامناسب بوده است.

در بعد نگرش کارکنان بهداشت به انجام خودآزمایی پستان توسط بیماران و اجرای برنامه‌های پیشگیری از سرطان پستان توسط خود کارکنان بهداشت، تعداد ۱۰ سؤال طراحی شد که

جدول ۲- تعداد و درصد پاسخ‌های ارائه شده به سؤالات تعیین سطح آگاهی از علائم و نشانه‌ها، عوامل خطر سرطان پستان و نحوه انجام

صحیح خودآزمایی پستان در کارکنان بهداشت بالای ۲۰ سال شرکت‌کننده در مطالعه در حاشیه جنوبی دریای خزر در سال ۱۳۸۵ (تعداد = ۷۱۵)

سؤالات	بلی تعداد (%)	خیر تعداد (%)	نمی دانم تعداد (%)
<b>علائم و نشانه‌های سرطان پستان</b>			
غده بدون درد در پستان	* (۸۱٪) ۵۷۹	(۸/۵٪) ۶۱	(۱۰/۵٪) ۷۵
غدد ریز متعدد و دردناک قبل از عادت ماهانه در پستان	(۱۸٪) ۱۲۹	* (۶۴/۲٪) ۴۵۹	(۱۷/۸٪) ۱۲۷
توکشیدگی نوک پستان	* (۵۹/۷٪) ۴۲۷	(۲۰/۷٪) ۱۴۸	(۱۹/۶٪) ۱۴۰
درد تمام پستان	(۳۶/۱٪) ۲۵۸	* (۴۰/۴٪) ۲۸۹	(۲۳/۵٪) ۱۶۸
ترشح شیری از پستان بعد از قطع شیر دهی	(۳۰/۸٪) ۲۲۰	* (۳۷/۶٪) ۳۴۰	(۲۱/۷٪) ۱۵۵
عدم قرینگی پستان‌ها از زمان بلوغ	(۲۰/۱٪) ۱۴۴	* (۵۶/۵٪) ۴۰۴	(۲۳/۴٪) ۱۶۷
ترشح خونی از یک پستان	* (۷۴/۷٪) ۵۳۴	(۸/۸٪) ۶۳	(۱۶/۵٪) ۱۱۸
<b>عوامل خطر</b>			
بالا رفتن سن	* (۶۸٪) ۴۸۶	(۲۰/۳٪) ۱۴۵	(۱۱/۷٪) ۸۴
عدم رعایت بهداشت پستان	(۳۶/۶٪) ۲۶۲	* (۴۸/۴٪) ۳۴۶	(۱۵٪) ۱۰۷
اولین حاملگی منجر به زایمان بعد از سن ۳۰ سالگی	* (۵۰/۲٪) ۳۵۹	(۲۹/۲٪) ۲۰۹	(۲۰/۶٪) ۱۴۷
لاغری	(۴/۱٪) ۲۹	* (۷۷/۳٪) ۵۵۳	(۱۸/۶٪) ۱۳۳
تماس مستقیم با شخص مبتلا به سرطان پستان	(۳/۱٪) ۲۲	* (۸۶/۶٪) ۶۱۹	(۱۰/۳٪) ۷۴
ابتلاء مادر یا خواهر به سرطان پستان	* (۸۱/۳٪) ۵۸۱	(۱۰/۸٪) ۷۷	(۸٪) ۵۷
زمان طولانی شیر دهی	(۱۱/۳٪) ۸۱	* (۷۰/۱٪) ۵۰۱	(۱۸/۶٪) ۱۳۳
چاقی پس از یائسگی	* (۴۷٪) ۳۳۶	(۲۴/۵٪) ۱۷۵	(۲۸/۵٪) ۲۰۴
<b>خود آزمایی پستان</b>			
لمس هر پستان با انگشتان دست همان طرف	(۳۶/۵٪) ۲۶۱	* (۴۸/۵٪) ۳۴۷	(۱۵٪) ۱۰۷
کنترل ترشح از پستان‌ها	* (۷۸/۷٪) ۵۶۳	(۶/۳٪) ۴۵	(۱۵٪) ۱۰۷
نگاه به پستانها در مقابل آینه	* (۸۳/۴٪) ۵۹۶	(۴/۵٪) ۳۲	(۱۲/۲٪) ۸۷
فشار دادن پستان بین انگشت شست و ۴ انگشت دیگر زیر دوش	(۵۱/۲٪) ۳۶۶	* (۲۷/۱٪) ۱۹۴	(۲۱/۷٪) ۱۵۵
لمس پستان با ۳ انگشت میانی دست مقابل، در حالت خوابیده یا زیر دوش	* (۷۸/۹٪) ۵۶۴	(۵/۵٪) ۳۹	(۱۵/۷٪) ۱۱۲

\* جواب صحیح

جدول ۳- تعداد و درصد پاسخ‌های ارائه شده به سؤالات تعیین نوع نگرش به انجام برنامه‌های پیشگیری در کارکنان بهداشت بالای ۲۰ سال شرکت کننده در مطالعه در حاشیه جنوبی دریای خزر در سال ۱۳۸۵ (تعداد=۷۱۵)

سؤالات	بسیار موافق (%)	موافق (%)	نه موافق / نه مخالف (%)	مخالف (%)	بسیار مخالف (%)
هر زنی در معرض ابتلا به سرطان پستان قرار دارد	۳۱۱(۴۳/۵)	۳۳۴(۴۶/۷)	۵۵(۷/۷)	۱۱(۱/۵)	۴(۰/۶)
سرطان پستان را می‌توان صددرصد پیشگیری کرد	۱۵۳(۲۱/۴)	۱۷۰(۲۳/۸)	۱۷۸(۲۴/۹)	۱۹۷(۲۷/۶)	۱۷(۲/۴)
زن‌ها با معاینه پستان‌های خود نمی‌توانند نکات غیر طبیعی را در پستان خودشان تشخیص بدهند	۵۴(۷/۶)	۱۲۷(۱۷/۸)	۱۱۶(۱۶/۲)	۳۰۷(۴۲/۹)	۱۱۱(۱۵/۵)
ضرورتی برای انجام معاینه ماهانه توسط خود شخص وجود ندارد	۱۶(۲/۲)	۴۶(۶/۴)	۷۲(۱۰/۱)	۳۷۴(۵۲/۳)	۲۰۷(۲۹)
اکثر زن‌ها از نحوه صحیح انجام معاینه پستان‌ها توسط خودشان بی‌اطلاعتند	۱۳۸(۱۹/۳)	۳۹۸(۵۵/۷)	۱۰۸(۱۵/۱)	۴۵(۶/۳)	۲۶(۳/۶)
زن‌ها جهت معاینه پستان‌ها، مراجعه به پزشک زن را ترجیح می‌دهند	۲۹۷(۴۲/۴)	۳۱۶(۴۴/۲)	۸۰(۱۱/۲)	۱۸(۲/۵)	۴(۰/۶)
در صورت عدم مشکل در پستان‌ها، معاینات دوره‌ای پستان توسط پزشک ضرورتی ندارد	۴۰(۵/۶)	۱۰۹(۱۵/۲)	۱۲۲(۱۷/۱)	۳۵۵(۴۹/۷)	۸۹(۱۲/۴)
روش‌های تشخیص زودرس، تاثیری در موفقیت درمان ندارند	۲۳(۳/۲)	۲۸(۳/۹)	۸۴(۱۱/۷)	۳۱۵(۴۴/۱)	۲۶۵(۳۷/۱)
در صورت رعایت نکات بهداشتی، احتمال ابتلا به سرطان پستان کمتر می‌شود	۹۲(۱۲/۹)	۲۳۸(۳۳/۳)	۱۸۷(۲۶/۲)	۱۴۷(۲۰/۶)	۵۱(۷/۱)
در صورت تشخیص به موقع، سرطان پستان و درمان لازم، فرد زندگی متعارفی خواهد داشت	۲۳۱(۳۲/۳)	۳۹۴(۵۵/۱)	۶۴(۹)	۱۹(۲/۷)	۷(۱)

بهداشت شرکت کننده در این مطالعه به طور ماهانه هیچ ارجاع یا ارائه معرفی نامه‌ای را بابت انجام ماموگرافی برای زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی خود که بر اساس سن در اولویت اجرای برنامه غربالگری سرطان پستان بوده اند، گزارش نمی‌کنند. جدول شماره ۴ چگونگی عملکرد کارکنان بهداشت شرکت کننده در این مطالعه را در مراکز درمانی خود نشان می‌دهد.

علاوه بر (۸۹/۵)٪ ۶۴۰ نفر از کارکنان بهداشت که وجود یک نیاز علمی را در درون خود برای شرکت در برنامه‌های آموزشی پیشگیری و غربالگری از سرطان‌ها بالاخص سرطان پستان (انجام صحیح خود آزمایی پستان، معاینه بالینی پستان و تفسیر کلیشه‌های ماموگرافی و تقدم اجرای هر یک از آنها) احساس نموده بودند، (۷۹/۹)٪ ۵۷۱ نفر از آنها اجرای برنامه‌های آموزش مدون در راستای اجرای صحیح برنامه‌های پیشگیری و غربالگری سرطان‌ها بالاخص سرطان پستان را برای خود و دیگر همکاران بسیار جالب و کاربردی ذکر نمودند. (۹۴/۷)٪ ۶۷۷ نفر از کارکنان بهداشت شرکت کننده در این مطالعه، راغب به شرکت در کلاس‌های آموزشی اجرای برنامه‌های پیشگیری و غربالگری سرطان‌ها بالاخص سرطان پستان بوده اند. (۳۹/۹)٪ ۲۳۵ نفر از کارکنان بهداشت، آموزش از طریق ارسال جزوات و کتابچه‌های آموزشی همراه با فیلم، (۶۳/۸)٪ ۴۵۶ نفر شرکت در برنامه‌های مدون آموزشی به مدت حداقل ۴ ساعت و (۳/۴)٪ ۲۴ نفر نیز آموزش در مرکز بهداشتی درمانی مربوط به خود را به مدت ۴ ساعت بهترین نوع آموزش ذکر نمودند.

گفته خود از انجام صحیح خودآزمایی پستان و یا (۶۲/۵)٪ ۴۴۷ نفر از بهترین زمان انجام خودآزمایی پستان اطلاع کافی داشته‌اند، اما در عمل فقط (۲۶/۲)٪ ۱۸۷ نفر از شرکت‌کنندگان هر ماه بطور منظم آن را انجام می‌دادند. در این میان (۲۹/۴)٪ ۲۱۰ نفر، ندانستن روش انجام صحیح خودآزمایی پستان و (۴۳/۵)٪ ۳۱۱ نفر، فراموش کردن را عامل اصلی عدم انجام خودآزمایی پستان توسط خود ذکر نمودند. در مجموع در این مطالعه، (۹۳/۲)٪ ۶۶۷ نفر از کارکنان بهداشت اجرای معاینه بالینی پستان را در تشخیص زودرس سرطان پستان و (۹۵/۶)٪ ۶۸۴ نفر نیز انجام ماموگرافی را در پیشگیری و تشخیص زودرس سرطان پستان قابل ارزش و یا بسیار مهم و کاربردی می‌دانستند.

بر اساس نتایج بدست آمده، (۶۱/۳)٪ ۴۳۸ نفر از پاسخ‌دهندگان اعلام نمودند که ماهانه ۲۵ تا ۱۰۰ درصد از مراجعه کنندگان به مرکز بهداشتی- درمانی شهری و روستایی محل خدمت خود را زنان تشکیل می‌دهند که در این میان زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله (۸۸/۷)٪ بیشترین میزان مراجعه کنندگان را در هر هفته تشکیل می‌دهند. اما این در حالی است که از سوی (۴۰/۳)٪ ۲۸۸ نفر از کارکنان بهداشت برای بیمارانی که بر اساس سن در اولویت اجرای برنامه غربالگری سرطان پستان هستند در مراکز بهداشتی- درمانی بطور ماهانه هیچ معاینه بالینی پستان صورت نمی‌گیرد و یا فقط توسط (۵۰/۲)٪ ۳۵۹ نفر از آنها بین ۱ تا ۱۰ معاینه بالینی پستان بطور ماهانه انجام می‌گیرد. در همین راستا، (۴۴/۹)٪ ۳۲۱ نفر از کارکنان

جدول ۴- چگونگی عملکرد به برنامه های پیشگیری از سرطان پستان توسط کارکنان بهداشت بالای ۲۰ سال شرکت کننده در مطالعه در حاشیه جنوبی دریای خزر در سال ۱۳۸۵ (تعداد = ۷۱۵)

سؤالات	تعداد	درصد
<b>خود آزمایی پستان</b>		
هیچگاه	۲۲۱	۳۰/۹
۱ تا ۶ بار در سال بطور نامنظم	۲۵۹	۳۶/۲
۷ تا ۱۱ بار در سال	۴۸	۶/۷
هر ماه بطور منظم	۱۸۷	۲۶/۲
<b>درصد بیماران زن مراجعه کننده در ماه</b>		
کمتر از ۲۵٪	۲۲۷	۳۸/۷
بین ۲۵٪ تا ۵۵٪	۱۸۵	۲۵/۹
بین ۵۰٪ تا ۷۵٪	۱۵۸	۲۲/۱
بیشتر از ۷۵٪	۹۵	۱۳/۳
<b>تعداد و درصد بیماران زن مراجعه کننده در هفته بر اساس محدوده سنی</b>		
زیر ۲۰ سال	۱۱	۱/۵
۲۰ تا ۴۰ سال	۶۳۴	۸۸/۷
۴۰ تا ۵۰ سال	۵۹	۸/۳
بالتر از ۵۰ سال	۱۱	۱/۵
<b>تعداد و درصد معاینه بالینی پستان بر روی بیماران زن * مراجعه کننده در هفته</b>		
هیچ CBE انجام نمی شود	۲۲۸	۴۰/۳
۱ تا ۱۰ مورد CBE در هر هفته	۳۵۹	۵۰/۲
۱۱ تا ۲۰ مورد CBE در هر هفته	۲۵	۳/۵
بیشتر از ۲۰ مورد CBE در هر هفته	۴۳	۶
<b>تعداد و درصد ماموگرافی درخواست شده برای بیماران زن ** مراجعه کننده در هفته</b>		
هیچ ماموگرافی نسخه نمی شود	۳۲۱	۴۴/۹
۱ تا ۱۰ مورد ماموگرافی هر هفته نسخه می شود.	۳۴۲	۴۷/۸
۱۱ تا ۲۰ مورد ماموگرافی هر هفته نسخه می شود.	۲۱	۲/۹
بیشتر از ۲۰ مورد ماموگرافی هر هفته نسخه می شود.	۳۱	۴/۳

\*\* بیماران زن دارای سن بالای ۴۰ سال

\* بیماران زن دارای سن بالای ۲۰ سال

## بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان بهداشت به برنامه های پیشگیری از سرطان پستان به ویژه انجام خودآزمایی پستان در استان مازندران طی سال ۱۳۸۵ است، تا نتایج آن مبنایی برای طرح های پژوهشی مداخله ای در جامعه باشد. نتایج این تحقیق گزارش های مطالعات مختلفی را که پیشنهاد می کنند بهبود سطح آگاهی و نگرش جامعه نسبت به سرطان پستان می تواند نقش مثبتی بر رفتارهای غربالگری زنان جامعه داشته باشد، تأیید می کند (۲) و (۶). نتایج بدست آمده حاکی از این مطلب است که بیش از نیمی از شرکت کنندگان در این مطالعه که بعنوان نیروهای اصلی در رسیدن به اهداف تعیین شده ارتقاء سلامت در زمینه آموزش جامعه و اجرای صحیح برنامه های پیشگیری از بیماری ها می باشند، انتخاب گردیده بودند دارای سطح آگاهی متوسط تا بد در مورد علائم، نشانه ها و عوامل خطر سرطان پستان و روش صحیح خودآزمایی و معاینه بالینی پستان بوده اند. این نتیجه بدست آمده با نتایج مطالعه قبلی دکتر گدازنده و همکاران در سال ۲۰۰۴ که درباره ارزیابی سطح آگاهی در مورد سرطان پستان و راه های پیشگیری از آن در زنان ایرانی انجام شده بود مطابقت دارد. نتایج آن مطالعه حاکی

از آن بوده است که در حدود دو سوم جمعیت زنان ایرانی مورد مطالعه دارای سطح متوسط تا کم از این آگاهی ها بوده اند و نیز به نظر می رسد این زنان نسبت به فواید انجام غربالگری سرطان پستان در زمانی که هنوز علامتی ندارد کمتر آگاهی داشته باشند [۳۳]. در مطالعه دکتر حاجی محمودی و همکاران در سال ۲۰۰۲ نیز سطح آگاهی و نگرش کارکنان بهداشت در حد متوسط گزارش گردید و اجرای برنامه های آموزشی مرتبط با پیشگیری از سرطان برای این قشر توصیه شد [۷].

با آنکه ماموگرافی در مقایسه با معاینه بالینی پستان در تشخیص زودرس سرطان پستان از حساسیت بیشتری برخوردار است اما برخی از گزارش ها موارد منفی کاذب روش ماموگرافی را در بیمارانی که دارای سرطان پستان زودرس تشخیص داده شده به کمک معاینه بالینی پستان بوده اند، بیش از ۱۰٪ گزارش می کنند [۳۵ و ۳۶]. اکثر مراکز معتبر علمی دنیا از قبیل انجمن سرطان آمریکا، کالج رادیولوژی آمریکا، مؤسسه ملی سرطان و بسیاری از مراکز دیگر، انجام معاینه بالینی پستان و ماموگرافی را با هم و مطابق با یک برنامه غربالگری مشخص و تدوین شده در زنان بالای ۲۰ سال بالاخص بالای ۴۰ سال توصیه می کنند [۳۶]. از سوی دیگر امروزه، سودمند

پیشگیری از سرطان پستان به ویژه معاینه بالینی پستان و ماموگرافی وجود داشته است [۳۳] و در مطالعات دیگر کشورها نیز نتایج مشابه دیده شده است [۲۹ و ۳۲].

مطالعات مختلفی پیشنهاد می‌کنند که بهبود سطح آگاهی و نگرش جامعه نسبت به سرطان پستان می‌تواند نقش مثبتی بر رفتارهای غربالگری زنان جامعه داشته باشد [۱۸ و ۳۲] و به تبع آن میزان انجام معاینات بالینی پستان و ماموگرافی توسط پزشکان بعثت درخواست‌های خود بیماران افزایش می‌یابد. با مقایسه نتایج مطالعه‌های مختلف با نتایج پژوهش حاضر، بطور واضح نشان داده می‌شود که تشابه معنی داری بین انجام خودآزمایی پستان در کشورهای در حال توسعه وجود دارد و این با آنچه در کشورهای توسعه یافته دیده می‌شود تفاوت فاحشی دارد. این نتایج نشان می‌دهد که علاوه بر عوامل دیگر، تشابهات و یا تفاوت‌های فرهنگی می‌توانند در ایجاد چنین تفاوت‌هایی نقش داشته باشند. در واقع بسیاری از زنان مورد مطالعه در این پژوهش‌ها درباره موفقیت‌های احتمالی خودآزمایی پستان بدبین بودند و این مطلب را به ما یادآوری می‌کنند که برای طراحی برنامه‌های آموزشی دو اصل مهم باید مدنظر قرار گیرد:

۱) فراهم سازی آموزش‌های لازم جهت انجام صحیح خودآزمایی پستان تا موارد غیرطبیعی را خودشان تشخیص دهند.

۲) توضیح دادن فواید و مزایایی که با انجام خودآزمایی پستان ممکن است بدست آید. متأسفانه بر اساس نتایج بدست آمده در این مطالعه، در حدود نیمی از کارکنان بهداشت شرکت کننده، برای بیمارانی که بر اساس سن در اولویت اجرای برنامه غربالگری سرطان پستان هستند، هیچ ارجاع یا معرفی نامه ای بابت انجام ماموگرافی برای زنان در طول یک هفته به پزشک مسئول خود انجام نمی‌دادند. این امر با آگاهی مناسب پزشکان نسبت به سرطان پستان و برنامه‌های پیشگیری از آن و نیز نگرش مثبت آنها به اجرای برنامه‌های پیشگیری و غربالگری از سرطان پستان توسط زنان جامعه و پزشکان مسئول سنخیت ندارد. اما می‌توان این اختلاف یا پارادوکس را ناشی از عدم وجود یک برنامه ملی در جهت آموزش جامعه در خصوص پیشگیری از سرطان پستان و نیز اجرای برنامه‌های منظم کشوری در راستای غربالگری از سرطان‌ها بالاخص سرطان پستان در غالب طرح نظام سلامت دانست. این امر بطور معنی‌داری باعث عدم آگاهی جمعیت زنان و مردان ایران نسبت به پیشگیری از سرطان‌ها و در نتیجه موجب کاهش مطالبات منطقی مردم در رابطه با حفظ بهداشت و سلامت خود از سیستم‌های سلامت موجود در کشور شده است. نکته جالب دیگر این مطالعه این است که اکثر کارکنان بهداشت شرکت

بودن اجرای منظم و ماهانه خودآزمایی پستان مورد بحث و تردید است. اما بهرحال در کشورهایی که سرطان پستان بعنوان یک مشکل بهداشتی و درمانی رو به پیشرفت است و یا انجام معاینه‌های بالینی و بالاخص ماموگرافی به علل مختلف بصورت ارزان و راحت در دسترس زنان قرار ندارد، انجام منظم خودآزمایی پستان می‌تواند علاوه بر کمک به تشخیص زودرس این بیماری، موجب بهبود سطح آگاهی و نگرش جامعه نسبت به سرطان و راه‌های پیشگیری از آن باشد [۱۸ و ۲۲].

مطالب ارائه شده فوق بیانگر این مطلب است که کارکنان بهداشت در پیشبرد اهداف ارتقاء سلامت جامعه نقش ممتاز و مؤثری دارند. بدین وصف با این رویکرد، و با توجه به اهمیت وظیفه این قشر در آموزش جامعه و نقش آنها در اجرای صحیح برنامه‌های پیشگیری، میزان آگاهی و نگرش آنها در مورد سرطان پستان، اجرای برنامه‌های پیشگیری و غربالگری سرطان پستان و اجرای برنامه‌های آموزشی در رابطه با پیشگیری و غربالگری سرطان پستان به زنان تحت پوشش خود با اهمیت جلوه می‌کند. در این مطالعه، نگرش اکثریت غالب کارکنان بهداشت در رابطه با توانایی زنان در معاینه پستان‌های خود و تشخیص نکات غیر طبیعی در پستان و یا ضرورت انجام معاینات پزشکی بالاخص معاینه بالینی پستان توسط کارکنان بهداشت و یا پزشکان حتی در صورت عدم مشکل در پستان‌های زنان، مثبت بوده است. این کارکنان بهداشت همچنین بطور قاطع نیز بسیار موافق و یا موافق بوده اند که اکثر زن‌ها از نحوه صحیح انجام معاینه پستان‌ها توسط خودشان بی‌اطلاعند، که نشان دهنده اهمیت نقش کارکنان آموزش بهداشت در پیشبرد اهداف عالی بهداشتی در جامعه است. نکته جالب در این مطالعه، عدم توافق کارکنان بهداشت شرکت کننده در این مطالعه، پیرامون این امر است که زن‌ها جهت معاینه پستان‌ها، مراجعه به پزشک زن را نسبت به پزشک مرد ترجیح می‌دهند. این موضوع با نتایج مطالعه دکتر جی وتو و همکاران در سال ۲۰۰۰ که تعصبات فرهنگی و قومی در یک منطقه را از علل مهم عدم انجام معاینه بالینی پستان از سوی برخی از پزشکان و یا عدم مراجعه زنان به پزشکان مرد را برای انجام معاینه بالینی پستان قلمداد می‌کنند، همخوانی ندارد [۲۶]. اما بهرحال با توجه به مطالعه قبلی انجام شده در منطقه ساحل جنوبی دریای خزر بنظر می‌رسد بعثت نبود برنامه‌های مداخله‌ای جهت آموزش بهداشت در جامعه ایران و نیز عدم اجرای برنامه‌های غربالگری منظم جامعه نگر که باعث کاهش سطح آگاهی و نگرش جامعه به سرطان بالاخص سرطان پستان و روش‌های پیشگیری و تشخیص‌های زودرس آن در ایران شده است، کاهش چشمگیری در میزان استقبال زنان ایرانی حتی در سطوح بالای تحصیلاتی در اجرای برنامه‌های

موارد را برای کاهش مرگ و میر و مشکلات ناشی از سرطان پستان در ایران پیشنهاد می‌کنیم:

(۱) اجرای منظم برنامه‌های مداخله‌ای آموزش بهداشت برای بهبود آگاهی و نگرش نسبت به سرطان‌ها و به عنوان مثال سرطان پستان در زنان ۱۵ سال به بالا، (۲) تأسیس سازمان‌های غیردولتی (NGO) و حمایت از آنها در جهت آموزش در مورد سرطان در جامعه، (۳) تأسیس کلینیک‌های سرطان در هر شهر، (۴) انجام غربالگری فعال با معاینه بالینی پستان و ماموگرافی توسط پزشکان در مراکز بهداشتی و آموزشی شهری و روستایی برای زنان بالای ۴۰ سال، (۵) برگزاری منظم برنامه‌های آموزش مدون برای بهورزان و پزشکان شاغل در سیستم‌های بهداشتی و درمانی و (۶) تدوین برنامه جامع پیشگیری و غربالگری از سرطان‌ها بر اساس شبکه بهداشتی و درمانی موجود.

### تشکر و سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از معاون محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در تصویب این طرح تحقیقاتی و از کلیه مسئولین محترم سازمان‌ها و مراکز درمانی بهداشتی که در اجرای هر چه بهتر این پروژه صمیمانه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌کنند. نویسندگان همچنین از جنابان و سرکاران: آمنه قربانی، آزاده خانی، معصومه قربانی، اکرم قربانی و حامد صالح پور بابت کمک و مشارکت در اجرای این پروژه و ورود داده‌ها به رایانه تقدیر و تشکر می‌نمایند.

کننده، وجود یک نیاز علمی در درون خود برای شرکت در برنامه‌های آموزشی پیشگیری و غربالگری از سرطان‌ها به ویژه سرطان پستان را احساس نموده بودند و راغب به شرکت در برنامه‌های آموزشی از طریق ارسال جزوات و کتابچه‌های آموزشی همراه با فیلم و یا شرکت در برنامه‌های مدون آموزشی بمدت حداقل ۴ ساعت از سوی سیستم‌های آموزشی، بهداشتی و درمانی موجود بوده‌اند. این امر نشان از عزم بالای کارکنان بهداشت برای مشارکت در اجرای برنامه‌های پیشگیری و غربالگری از سرطان‌های مختلف دارد.

جمعیت مورد مطالعه ما هم از سطح متوسط تا نامناسبی از آگاهی‌های مرتبط با برنامه‌های پیشگیری و غربالگری سرطان پستان برخوردار است. اما دارای نگرش مثبتی به موضوع برنامه‌های پیشگیری و غربالگری از سرطان پستان توسط زنان جامعه و پزشکان مسئول هستند. متأسفانه اکثر کارکنان بهداشت شرکت کننده، مشارکت لازم در اجرا و انجام برنامه‌های پیشگیری و غربالگری سرطان پستان را نداشته‌اند. به هر حال تفاوت‌هایی میان آنچه درباره روندهای غربالگری می‌دانیم و آنچه که در عمل انجام می‌شود وجود دارد. با توجه به سطح بالای تحصیلات در جامعه زنان ایرانی در این مطالعه در مقایسه با سایر کشورهای در حال توسعه مناطق آسیای میانه، خاورمیانه، قفقاز، آفریقا و آمریکای لاتین به نظر می‌رسد که طراحی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای آموزش بهداشت در مورد سرطان به ویژه سرطان پستان باعث افزایش اجرا و کارایی برنامه‌های غربالگری سرطان پستان در میان جامعه زنان ایران در مقایسه با دیگر کشورهای نامبرده شود. به این جهت ما این

### منابع

- Mittra I. Breast cancer screening. *Cancer Start* 1999; 1: 40. [Abstract]
- Pearlman DN, Clark MA, Rakowski W, Ehrich B. Screening for breast and cervical cancer: the importance of knowledge and perceived cancer survivability. *Women Health* 1999; 28: 93-113.
- Brunicardi F.C, Dana K.A, Timothy R.B, Dunn L, Hunter G, Raphael E.P. *Schwartz's principles of surgery*. 8<sup>th</sup> ed, USA, Mc Graw-Hill, 2005; 453-501.
- Courtney M.T, Beauchamp R.D, Evers B.M, Kenneth L.M. *Sabiston Text Book of Surgery*. 17<sup>th</sup> ed, USA, Elsevier, 2004; 867-947.
- Dibble S.L, Roberts S.A. Improving cancer screening among lesbians over 50: Results of a pilot study. *Oncology Nursing Forum* 2003; 30 (4): E71.
- Frazier EL, Jiles RB, Mayberry R. Use of screening mammography and clinical breast examination among black, Hispanic, and white women. *Prev Med* 1996; 25: 118-25.
- Haji-Mahmoodi M, Montazeri A, Jarvandi S, Ebrahimi M, Haghghat Sh, Harirchi I. Breast self-examination knowledge, attitudes and practices among female health care workers in Tehran, Iran. *The Breast Journal* 2002; (4): 222- 5.
- American Cancer Society. *Cancer facts and figures 1999*. American Cancer Society 1999; 1-36.
- Baxter N. Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *Can Med Assoc J* 2001; 164: 1837-46.

10. Larkin M. Breast self-examination does more harm than good, says task force. *Lancet* 2001; 357: 2109.
11. F. Young R, B.Waller J, Smitherman H. A breast cancer education and on-site screening intervention for unscreened African American women. *J Cancer Educ* 2002; 17: 231-6.
12. Bener A, Alwash R, J.Miller C, Denic S, Dunn E. V. Knowledge, attitudes, and practices related to breast cancer screening: a survey of Arabic women. *J Cancer Educ* 2001; 16: 215-20.
13. Bastani R, Maxwell AE, Carbonari J, Rozelle R, Baxter J, Vernon S. Breast cancer knowledge, attitudes and behaviors: a comparison of rural health and non-health workers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1994; 3: 77-85.
14. Hakama M, Pukkaia E, Kallio M, Godenhjelm M, Svinhufvud U. Effectiveness of screening for breast cancer in woman under 50 years at entry; the kotka pilot project in Finland. *Int J Cancer* 1995; 63: 55-7.
15. Semiglazov V, Moieyenko V, Protsenko R, Manihas A. WHO randomized prospective study of the role of BSE in reduction of breast cancer mortality. *Eur Cancer* 1998; 34: 92-5.
16. Thomas DB, Gao DL, Self SG, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai; methodology and preliminary results. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89: 355-65.
17. Holmberg L, Ekblom A, Calle E, Mokdad A, Byers T. Breast cancer mortality in relation to self-reported use of breast self-examination. A cohort study of 450,000 women. *Breast Cancer Res Treat* 1997; 43: 137-40.
18. Friedman L.C, Moore A, Webb J.A, Puryear L.J. Breast cancer screening among ethnically diverse low-income women in a general hospital psychiatry clinic. Elsevier Sciences Inc 1999; 21: 374-81.
19. Suarez L, Roche RH, Nichols D, Simpson DM. Knowledge, behavior and fears concerning breast and cervical cancer among older low-income Mexican-American women. *AM J Prev Medicine* 1997; 13: 137-42.
20. Sung JF, Blumenthal DS, Coates RJ, Alema-Mensah E. Knowledge, beliefs, attitudes and cancer screening among inter-city African women. *J Natl Med Assoc* 1997; 89: 405-11.
21. Carter J, R.Park E, Moadel A, Cleary S.D, Morgan C. Cancer knowledge, attitudes, beliefs and practices (KABP) of disadvantaged women in the south Bronx. *Journal of Cancer Education*. 2002; 17(3): 142-9.
22. Frazier EL, Jiles RB, Mayberry R. Use of screening mammography and clinical breast examination among black, Hispanic, and white women. *Prev Med* 1996; 25: 118-25.
23. Ballard-Barbash R, Potosky AL, Harlan LC, Nayfield SG, Kessler LG. Factors associated with surgical and radiation therapy for early stage breast cancer in older women. *J Natl Cancer* 1996; 88: 716-26.
24. Cerrotta A, Lozza L, Kenda R, Gardani G, Galante E, Zucali R. Current controversies in the therapeutic approach to early breast cancer in the elderly. *Rays* 1997; 22 (Suppl): 66-8.
25. Goodwin JS, Samet JM, Hunt WC. Determinants of survival in older cancer patients. *J Natl Cancer Inst* 1996; 88: 1031-8.
26. Mor V, Malin M, Allen S. Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients. *Monogr Natl Cancer Inst* 1994; 16: 191-7.
27. Salsali M, Tazejani D, Javadi A, Mahmud B, Sali HR, Hirani A, Baghbanian M, Hajipour R. A study of the clinic features and the treatment of breast cancer in 374 patients in Iran. *Tumori* 2003; 89(2): 132-5.
28. Ebrahimi M, Vahdaninia M, Montazeri A. Risk factors for breast cancer in Iran: a case-control study. *Breast Cancer Research* 2002; 4(5): 1-4.
29. Hadi N, Sadeghi-Hassanabadi A, Talei AR, Arasteh MM. Assessment of a breast cancer screening programme in Shiraz, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2002; 8(2-3): 386-92.
30. Vahdaninia M, Montazeri A. Breast cancer in Iran: a survival analysis. *Asian Pac J Cancer Pre* 2004; 5(2): 223-5.
31. Sadjadian A, Kaviani A, Yunesian M, Montazeri A. Patient satisfaction: a descriptive study of a breast care clinic in Iran. *European Journal of Cancer Care* 2004; 13: 163-8.
32. Ghodazandeh Gh.A, Khani H, Khalilian A.R, Atarod Z, Montazeri A, Firozjaee M.A, Ebrahimi M, Ehteshamie S, Tayebifard H, Pratovi A, Kalantary.Rezaie K. Knowledge and

- practice related to breast cancer prevention in Iranian female population, multi-center study in 2004. *Res J Bio Scien* 2008; 3(3): 282-9.
33. Seidman H, Gelb SK, Silverberg E, et al. Survival experience in the Breast cancer Detection and Demonstration Project. *CA Canser J Clin* 1987; 37: 258-90.
34. Shapiro S, Venet W, Strax P, Vent L. Roeser R. Ten to Fourteen year effect of screening on breast cancer mortality. *J Natl Cancer Inst* 1992; 69: 349-55.
35. McLellan GL. Screening and early diagnosis of breast cancer. *J Fam Pract* 1988; 26: 561-8.
36. T.Vetto J, C.Prouser N, W.Flemming D, M.Hedberg K. Assessing the need for clinical breast examination (CBE) training: the Oregon experience. *J Cancer Educ* 2000; 15: 209-13.