مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
زمستان ۱۳۹۲؛۵(۴):۸۷۸-۸۶۹

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Winter2013;5(4): 869-878

مقاله پژوهشی

بررسی باور به جایگاه درونی کنترل سلامت وارتباط آن با خودکارآمدی جهت انجام ماموگرافی درزنان با سابقه خانوادگی سرطان پستان

معصومه هاشمیان[۱]، فرخنده امین شکروی[۲]، علیرضا حیدر نیا[۳]، مینور لمیعیان[۴]، کاظم حسن پور[۵]، آرش اکابری[۶]*

[۱]دانشجوی دکتری آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس، دپارتمان آموزش بهداشت، تهران، ایران
[۲]استادیار آموزش بهداشت، عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، دپارتمان آموزش بهداشت، تهران، ایران
[۳]دانشیار آموزش بهداشت، عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، دپارتمان آموزش بهداشت، تهران، ایران
[۴]استادیارآموزش بهداشت، عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، دپارتمان مامایی، تهران، ایران
[۵]دانشیار اطفال، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دانشکده پزشکی، دپارتمان اطفال، تهران، ایران
[۶]کارشناس ارشد آمارحیاتی، عضو هیات علمی و عضو مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
***نویسنده مسئول**: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه آموزش بهداشت
پست الکترونیک : aminsh_f@modares.ac.ir

وصول:۹۲/۸/۸ اصلاح:۹۲/۱۰/۳۰ پذیرش:۹۲/۱۱/۶

چکیده

زمینه و هدف: *خودکارآمدی به باورفردی در خصوص انجام رفتار تاکید می کند و باور به این نکته که تا چه حد کنترل سلامت بر عهده افراد می باشد می تواند باعث بروز رفتارمناسب بهداشتی گردد. هدف از این مطالعه تعیین تاثیر باور به جایگاه کنترل سلامت درونی بر میزان خودکارآمدی زنان جهت انجام ماموگرافی می باشد.*

مواد و روش کار: *مطالعه تحلیلی در سال ۹۱ در شهرسبزوار انجام و جامعه پژوهش شامل راکلیه زنان با سابقه خانوادگی سرطان پستان تشکیل دادند. با روش نمونه گیری تصادفی ساده ۱۵۰ زن وارد مطالعه شدند وپرسشنامه از طریق مصاحبه تکمیل گردید. روایی پرسشنامه از طریق روایی صوری، محتوی وروایی سازه انجام و پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفا کرونباخ وآزمون مجدد بررسی گردید. تحلیل های این مطالعه با استفاده از نرم افزار آماری ۲۱ SPSS و نرم افزار۱۶ Amos صورت گرفت واز آزمون همبستگی پیرسون ورگرسیون گام به گام جهت بررسی ارتباط بین متغیر هااستفاده شد. سطح معنی داری آزمون در این مطالعه کمتر از۰/۰۵ بود.*

یافته ها: *میانگین سنی زنان در این مطالعه ۶/۸۸±۴۴/۴۸ و بیشترین امتیاز مربوط به باور به جایگاه درونی کنترل سلامت (۳/۱۳±۳۰/۶۵) بود. بین جایگاه کنترل درونی سلامت با خودکارآمدی زنان در خصوص رفتار ماموگرافی همبستگی مثبت وارتباط معنی دار مشاهده گردید (P< ۰/۰۱) و با آزمون رگرسیون گام به گام، به ازای ۱ واحد افزایش در متغیر مرکز کنترل درونی، افزایشی معنی دار به اندازه ۰/۵۴۷ در متغیر خودکارآمدی مشاهده گردید.*

نتیجه گیری: *باور به مرکز درونی کنترل سلامت می تواند بر میزان خودکارآمدی زنان با سابقه فامیلی سرطان پستان جهت انجام ماموگرافی تاثیر گذار باشد.*

واژه های کلیدی: *خودکارآمدی، سرطان پستان، جایگاه کنترل سلامت، ماموگرافی*

مقدمه

سرطان پستان شایع ترین نوع سرطان بعد از سرطان پوست و دومین علت مرگ و میر در زنان بعد از سرطان ریه در ایالات متحده آمریکا می باشد. همچنین یک نفر از هر هشت نفر زن در این ایالت در معرض ابتلا به این بیماری قرار دارد [۱]. در ایران متاسفانه این بیماری شایع ترین سرطان در گروه زنان ایرانی است که میزان بروزآن حتی از بروز سرطان پوست بالاتراست و ۳۲ درصد از کل موارد سرطان در زنان را در بر می گیرد [۲]. نتایج بررسی اپیدمیولوزیک سرطان پستان در ایران نشان داده است ۸۲

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

درصد موارد تشخیص این بیماری در مراحل پیشرفته آن صورت می گیرد. لذا ماموگرافی به عنوان مهمترین و سریع ترین روش تشخیص این بیماری توصیه می گردد [۳].

از طرف دیگر، سازمان بهداشت جهانی دو راه اساسی پیشگیری از سرطان پستان را آموزش و ماموگرافی اعلام کرده است و انجام ماموگرافی به طور منظم را روشی برای تشخیص زودرس و قبل از پیدایش هرگونه نشانه مشخص توسط فرد و پیشرفت بیماری مطرح می کند [۴].

مطالعات نیز در این خصوص نقش ماموگرافی در کاهش میزان مرگ و میر را مورد تاکید قرار داده اند، از جمله هلکویست[1]، در مطالعه خود کاهش ۲۹ درصدی مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در زنان ۴۰ تا۴۹ ساله سوئدی را با انجام به موقع ماموگرافی گزارش کرده است [۵].

از سوی دیگر عوامل خطر متعددی در بروز سرطان پستان نقش دارند، از جمله می توان به عواملی نظیر: سن، جنس، سابقه فامیلی، وراثت، سبک زندگی، چاقی، اضافه وزن استفاده از درمان های جایگزین هورمونی، سن پایین اولین قاعدگی، سن بالای یائسگی، عدم حاملگی و سن اولین زایمان بیش از ۲۵ سالگی و قرار گرفتن در معرض اشعه اشاره کرد [۶].

بنابراین ریسک فاکتورهای این بیماری به دو دسته قابل تغییر و غیر قابل تغییر تقسیم می شود در این میان سابقه فامیلی سرطان پستان یکی از ریسک فاکتورهای غیرقابل تغییر این بیماری محسوب می شود، خطر ابتلا به سرطان پستان در این زنان در مقایسه با زنان بدون سابقه فامیلی ۱/۸ برابر زنان بدون سابقه فامیلی و در صورت ابتلا ۳ نفر و بیشتر از اعضای خویشاوند این میزان به ۴ برابر می رسد [۱].

عوامل متعددی بر اتخاذ رفتارپیشگیری کننده ی سرطان پستان در زنان تاثیر گذار می باشد، در این خصوص محققان اهمیت متغیر احساس مسئولیت فردی در رفتارهای غربالگری سرطان پستان را مورد تاکید قرار داده اند [۷،۸].

بنابراین باور زنان به این نکته که تا چه حد کنترل سلامت بر عهده خودشان می باشد می تواند به عنوان انگیزه درونی باعث بروز رفتار مناسب بهداشتی گردد.

1-Hellquist

مفهوم مرکز کنترل یکی از مباحث مهم روانشناسی است که برای نخستین بار توسط روتر مطرح شد و اشاره به افرادی دارد که معتقد به نتایج خوب یا بد عوامل در زندگیشان هستند. این عوامل می تواند درونی باشد یعنی فرد مستقیما مسئول اعمال و رفتار خود می باشد و یا بیرونی باشد یعنی فرد معتقد به عوامل محیطی، نیروهای برتر یا افرادی دیگر می باشد که اعمال و رفتار وی را کنترل می کنند [۹].

ساختار اختصاصی جایگاه کنترل سلامت (HLC)[2] به دنبال جنرال لوکوس کنترل (LOC)[3] مطرح شد و نشان دهنده ی درجه اعتقاد فرد به عوامل کنترل کننده درونی و بیرونی سلامتی خود می باشد [۹].

جایگاه کنترل سلامت، توسعه و اصلاح گردید و بیش از ۳۰ سال مورد توجه بسیاری از محققان قرار گرفت [۱۰،۱۱]. طبق این تئوری افرادی که معتقد به مرکز درونی کنترل سلامت می باشند بر این باورند که وضعیت سلامتیشان مسقیما ناشی از رفتار و عملکرد خودشان می باشد در حالی که افرادی که به مرکز کنترل بیرونی سلامت معتقد می باشند، عواملی نظیر پزشکان، شانس یا بخت و اقبال و سرنوشت را مسئول سلامتی خود می دانند [۱۲].

مفهوم خودکارامدی نیز عبارتست از اعتمادی که شخص به توانایی اش برای پیگیری یک رفتار دارد. این مفهوم توسط بندورا شکل گرفته است و یکی از ساختارهای مهم تئوری شناختی –اجتماعی او می باشد. تئوری شناختی اجتماعی، هم به خاستگاه اجتماعی رفتار و هم به بعد شناختی رفتار توجه دارد. بندورا خودکارآمدی را به عنوان یک مفهوم مرکزی مطرح کرده که به ادراک توانایی انجام دادن عملی که مطابق میل می باشد اشاره دارد. در این دیدگاه رفتار تحت تاثیر نیروهای اجتماعی است ولی نحوه ی برخورد و چگونگی تاثیر گذاری بر نیروهای اجتماعی در اختیار فرد است [۱۳] و می تواند منجر به سلامت بهتر و موفقیت بالاتر گردد. در صورتی که مردم بر این باور باشند که می توانند مشکلات خود را حل نمایند نسبت به انجام

2 -Health Locus of Control
3- Locus of Control

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

کار تمایل بیشتری پیدا کرده و احساس تعهد بیشتری نسبت به تصمیم خود خواهند داشت [۱۴].

مطالعات متعدد اهمیت تاثیرخودکارآمدی زنان در جهت حفظ و ارتقا سلامتی خود با انجام ماموگرافی و غربالگری سرطان پستان و نیز همبستگی مثبت بین خودکارآمدی بالا و رفتار ماموگرافی را نشان داده اند [۱۷-۱۵]، افراد با خودکارآمدی بالا بهتر از افراد با خودکارآمدی پایین توانایی حل مشکلات و از بین بردن موانع انجام ماموگرافی را دارند.

لذا، باور افراد به این نکته که مسئولیت فردی در قبال حفظ و ارتقا سلامت امری بسیار مهم می باشد و اعتقاد به جایگاه درونی کنترل سلامت به عنوان تعیین کننده مسئولیت فردی نقش مهمی در جهت مسولیت پذیری آنان دارد. هم چنین باور به توانایی فردی در حل مشکلات، تحت عنوان خودکارآمدی به عنوان دیگر مفهوم اساسی در اتخاذ رفتار پیشگیری کننده، محققین را بر آن داشت تا ارتباط بین این دو مفهوم را بررسی نمایند تا در صورت وجود ارتباط در جهت تقویت جایگاه درونی کنترل سلامت و متعاقب آن به وجود آمدن حس قوی از خودکارآمدی، مداخلات مناسب آموزشی را به عمل آورند.

روش کار

این مطالعه مقطعی تحلیلی در سال ۱۳۹۱ در شهرستان سبزوار انجام شد و جامعه پژوهش را کلیه ی زنان با سابقه خانوادگی سرطان پستان تشکیل دادند.

تعداد بیماران سرطانی شناخته شده، در سطح شهرستان سبزوار ۲۱۳ نفر بودند، جهت برآورد میانگین خودکارآمدی با دقت برآورد ۲/۵ نمره، اطمینان ۹۵ درصدی و در نظر گرفتن انحراف معیار ۱۵ برای خودکارآمدی، حجم نمونه لازم برای این مطالعه ۸۶ نفر برآورد شد، و از آنجا که بررسی تعداد نمونه بیشتر سبب افزایش دقت برآورد های صورت گرفته می شود در این مطالعه ۱۵۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند [۱۷]

معیار ورود به مطالعه، عضو مونث و درجه اول خانواده (مادر، خواهر و دختر فرد مبتلا)، سن ۳۵سال و بالاتر (در زنان با خطر بالا[1]، نظیر ابتلای ۲ نفر و بیشتر از افراد خانواده به سرطان پستان سن ۲۵ سال و بالاتر و در صورتی که فرد مبتلا در خانواده در سنین قبل از یائسگی دچار سرطان پستان شده باشد، ۱۰ سال کمتر از سن ابتلای فرد به بیماری به عنوان شرط سنی شرکت کنندگان در مطالعه در نظر گرفته شد) [۱۸] و نداشتن توده مشکوک در ماموگرافی یا سونوگرافی و یا در معاینه از پستان ها بوده است.

تعداد۱۵۰ نفر از واجدین شرایط پس از طی مراحل ملاحظات اخلاقی یعنی مواردی نظیر اطمینان از محرمانه بودن نام و نام خانوادگی آنان و رضایت آگاهانه جهت شرکت وتکمیل پرسشنامه های مطالعه با توجه به توضیح به شرکت کنندگان در خصوص اجرای طرح تحقیقاتی و عدم ادامه همکاری در مطالعه هر زمان که تمایل داشته باشند، وارد مطالعه شدند. نحوه آشنایی با شرکت کنندگان با توجه به شناسایی فرد مبتلا در خانواده و دعوت ازآنان از طریق تماس تلفنی صورت گرفت.

ابزارجمع آوری داده ها شامل ۳ بخش بود. بخش اول در خصوص مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان و بخش دوم شامل قیاس چند وجهی جایگاه کنترل سلامت والستون بود که خود از ۳ زیر مقیاس تشکیل شده است.

۱- جایگاه درونی کنترل سلامت[2] (IHLC)

نشان دهنده ی درجه اعتقاد فرد به این موضوع که عوامل درونی و رفتارهایش مسئول بیماری و سلامت وی می باشد

۲- کنترل سلامت توسط نیروهای دیگر[3](PHLC)

نشان دهنده ی درجه اعتقاد فرد به این موضوع که سلامت او به وسیله افراد دیگر تعیین می شود

۳-کنترل سلامت توسط شانس [4](CHLC)

نشان دهنده ی درجه اعتقاد فرد به این موضوع که سلامت او ناشی از شانس، بخت و اقبال می باشد. همچنین این مقیاس شامل ۳ فرم A و B و C می باشد. فرم های A و B موازی بوده و می توان از یکی از آنان استفاده کرد و فرم C برای افراد بیمار یا در شرایط معین جهت اندازه گیری HLC استفاده می شود [۱۰].

1 -High risk

2 -Internal Health Locus of Control
3 -Power Health Locus Control
4 -Chance Health Locus Control

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

در این مطالعه از فرم Aجهت جمع آوری داده ها استفاده شد. این فرم شامل ۱۸ آیتم با ۳ زیر مقیاس ذکر شده می باشد و هر زیر مقیاس شامل ۶ آیتم می باشد که با معیار ۶گانه لیکرت از بسیار مخالفم (امتیاز ۱) تا بسیار موافقم (امتیاز ۶) اندازه گیری می شود. در نتیجه امتیاز هر فرد از ۶ تا ۳۶ برای هر زیر مقیاس متفاوت می باشد. و به طور جداگانه برآورد می گردند [۱۱]. و بخش سوم پرسشنامه شامل مقیاس خودکارآمدی چمیون جهت انجام ماموگرافی بود.

این مقیاس شامل ۱۰ آیتم می باشد که هر یک از آیتم ها با مقیاس لیکرت ۵ قسمتی از به احتمال خیلی کم (امتیاز ۱) تا به احتمال بسیار زیاد (امتیاز ۵) اندازه گیری می شود. با توجه به تعداد آیتم های مقیاس خودکارآمدی، محدوده امتیاز از ۱۰ تا ۵۰ در نظر گرفته شد. امتیاز بیشتر نشان دهنده خودکارآمدی بالاتر و احتمال بیشتر انجام ماموگرافی در نظر گرفته شد. بدین ترتیب که از شرکت کنندگان در مطالعه خواسته شد با توجه به احساسی که در مورد جملات خوانده شده دارند بهترین عدد را انتخاب نمایند. به گونه ای که عدد ۵ به معنای " بسیار موافق" و عدد ۱ به معنای " بسیار مخالف" می باشد [۱۵].

روایی و پایایی ابزار مقیاس جایگاه چند وجهی سلامت برای نخستین بار در ایران توسط مشکی و همکارانش ترجمه و روا و پایا گردید [۱۹]. مقیاس خودکارآمدی چمپیون نیز بعد از کسب مجوز از تهیه کننده اصلی این پرسشنامه، پروفسور چمپیون و بعد از گذراندن مراحل ترجمه وترجمه مجدد به زبان اصلی با تایید نویسنده اصلی و با گذراندن مراحل زیر روا و پایا گردید.

جهت روایی این مقیاس از روایی صوری، محتوی و روایی سازه استفاده شد. بدین ترتیب که جهت روایی محتوی از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در بررسی کیفی محتوا، بعد از اطمینان از مطابقت ترجمه ها با زبان اصلی تغییرات ضروری به لحاظ ساختاری و جمله بندی پرسشنامه ها با صلاحدید پانل خبرگان (۸ نفر متخصص مربوطه) در جهت تناسب فرهنگی ابزار مورد نظر به عمل آمد. همچنین در بررسی کمی محتوا از شاخص روایی محتوی(CVI)[1]استفاده شد. نمره مقیاس بالاتر از ۰/۷۹ به عنوان روایی محتوایی مقیاس مورد تایید قرار گرفت [۲۰]. جهت روایی صوری نیز از روش کیفی و بررسی آیتم ها از نظر سطح دشواری، میزان عدم تناسب و ابهام مورد بررسی قرار گرفت.

همچنین جهت روایی سازه، از تحلیل عاملی تاییدی و از روش ML [2] جهت ایجاد برازش آماری استفاده شد. در این تحلیل به طور کلی ۰/۳ ≤Loading of a value مورد قبول می باشد و ارزیابی برازش مناسب مدل در صورتی قابل قبول است که $\frac{x^2}{df}$ کمتر از ۲ و شاخص های NFI (normed fit index)، CFI (comparative fit index)، IFI (incremental fit index)، مقادیر بزرگتر از ۰/۹۰ قابل قبول می باشد و RMSEA (root mean square error of approximation) کمتر از ۰/۰۸ قابل قبول می باشد [۲۱].

جهت بررسی پایایی مقیاس خودکارآمدی و تعیین آلفاکرونباخ، مطالعه مقدماتی با شرکت ۳۰ نفر از زنان واجد شرایط مطالعه که در مطالعه اصلی شرکت نداشتند، انجام شد و جهت اندازه گیری ثبات پرسشنامه، آزمون مجدد پس از فاصله زمانی ۴ هفته از آنان به عمل آمد.

آنالیز داده ها: از آمار توصیفی جهت بررسی مشخصات دموگرافیک نمونه های مطالعه استفاده شد. هم چنین جهت بررسی ارتباط بین متغیر های جایگاه کنترل سلامت و خودکارآمدی از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. تحلیل های این مطالعه با استفاده از نرم افزار آماری ۲۱ SPSSانجام شد و همچنین از نرم افزار ۱۶ Amos جهت روایی سازه ای مقیاس خودکارآمدی استفاده شد. سطح معنی داری آزمون در این مطالعه کمتر از۰/۰۵در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش ۶/۸۸± ۴۴/۴۸ سال با حداقل سن ۲۸ و حداکثر سن ۶۹ سال بوده است. و بالاترین میزان تحصیلات در مقطع دبیرستان ۳۳/۳

1- Content Validity Index
2 -Maximum Likelihood

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

درصد (۵۰ نفر) بود همچنین اکثر زنان شرکت کننده در مطالعه، ۷۶/۷ درصد (۱۱۵ نفر) خانه دار بودند. (جدول ۱) از طرف دیگر میانگین نمره خودکارآمدی زنان در مطالعه ۳۴/۷۴ و میانگین نمره باور درونی آنان ۳۰/۶۵ به دست آمد. میانگین سایر زیر مقیاس های جایگاه کنترل سلامت در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش (N=۱۵۰)

متغیر	زیر گروه	(درصد) فراوانی
سن	۲۵-۳۵	۶ (۴)
	۳۵-۴۵	۱۰۶ (۷۰/۷)
	۴۵-۵۵	۲۶ (۱۷/۳)
	بزرگتر از ۵۵	۱۲ (۸)
تحصیلات	بی سواد	۱۳(۸/۷)
	ابتدایی وراهنمایی	۷۶(۵۰/۷)
	دبیرستان	۵۰(۳۳/۳)
	دانشگاهی	۱۱ (۷/۳)
شغل	خانه دار	۱۱۵ (۷۶/۷)
	کارمند	۱۳ (۸/۷)
	کارگر	۳ (۲)
	سایر موارد	۱۹ (۱۲/۷)
وضعیت تاهل	متاهل	۱۳۶ (۹۰/۷)
	مجرد	۳ (۲)
	بیوه	۳(۲)
	مطلقه و جدا از هم	۸(۵/۳)
وضعیت درآمد	کمتر از ۴۰۰۰۰۰تومان	۴۸ (۳۲)
	بین ۴۰۰۰۰۰ تا ۸۰۰۰۰۰تومان	۷۶ (۵۰/۷)
	بین ۸۰۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰تومان	۱۸ (۱۲)
	بیشتر از ۱۰۰۰۰۰۰تومان	۸ (۵/۳)
نسبت فامیلی	دختر	۸۲ (۵۴/۷)
	خواهر	۵۹ (۳۹/۳)
	مادر	۹ (۶)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۲: توزیع میانگین، انحراف معیار امتیاز زیر مقیاس های جایگاه کنترل سلامت و خودکارآمدی

زیر مقیاس	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
باور درونی	۳۰/۶۵	۳/۱۳	۱۷	۳۶
باور به شانس	۱۹/۶۶	۶/۶۶	۸	۳۴
باور به نیرو های دیگر	۳۰/۲۲	۴/۰۸	۱۴	۳۶
خودکارآمدی	۳۴/۷۴	۸/۷۵	۲۲	۴۹

جدول ۳: همبستگی بین زیر مقیاس های باور درونی و خودکارآمدی و سایر زیر مقیاس هاس جایگاه کنترل سلامت

		میانگین درونی	باور	میانگین شانس	میانگین نیروهای دیگر
میانگین شانس	ضریب همبستگی	-./۲۰۷*			
	P-value	./۰۱۱			
میانگین نیروهای دیگر	ضریب همبستگی	./۵۷۲ **		./۲۵۹**	
	P-value	./۰۰۰		./۰۰۱	
میانگین خودکارآمدی	ضریب همبستگی	./۱۹۶ *		-./۱۷۶ *	./۰۰۲
	P-value	./۰۱۶		./۰۳۱	./۹۸۲

*در سطح ۰/۰۵ معنی دار است

** در سطح ۰/۰۱ معنی دار است

نتیجه پایایی مقیاس خودکارآمدی، با استفاده از آلفای کرون باخ ۰/۹۰ به دست آمد و در تست باز آزمون این میزان ۰/۶۴ (p<۰/۰۰) به دست آمد.

در روایی محتوی، نمره CVI مقیاس خودکارآمدی در این مطالعه با کمک پانل خبرگان ۱۰۰ به دست آمد.که نشان دهنده روایی محتوی بسیار عالی از نظر کمی می باشد.

و در خصوص روایی سازه، نتایج تحلیل عاملی تاییدی مدل کلی با ۱۰ آیتم نشان داد که نسبت مجذور کای به درجه آزادی برابر ۰/۳۹۴بود.

$$(\frac{x^2}{df} = \frac{1.977}{5} = 0.395 \ , P_{value} = 0.852)$$

و همچنین مقدار RMSEA< ۰/۰۰۱ با فاصله اطمینان (۰/۰۱۸ و ۰/۰۰۱ >) بود و CFI= ۱، IFI= ۱، ۰/۹۹۳ =RFI و مقدار NFI= ۰/۹۹۹ بود. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان از کفایت کامل مدل و تایید فیت مدل ساختاری داشت.

با استفاده از آزمون ضریب همبستگی بین جایگاه کنترل درونی سلامت با خودکارآمدی همبستگی مثبت وارتباط معنی دار مشاهده گردید. همچنین بین زیر مقیاس باور به شانس و خودکارآمدی ارتباط معنی دار و در جهت معکوس مشاهده گردید. (جدول ۳)

و با آزمون رگرسیون گام به گام مشخص گردید به ازای ۱ واحد افزایش در متغیر مرکز کنترل درونی، ۰/۵۴۷ افزایش در متغیر خودکارآمدی مشاهده گردیده است. (جدول ۴)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۴: بررسی وجود ارتباط بین باور درونی و خودکارآمدی با استفاده از رگرسیون گام به گام

	ضرایب غیر استاندارد				
	ضریب	انحراف استاندارد	ضریب استاندارد	مقدار آماره تی	P-value
مقدار ثابت	۱۷/۹۵۸	۶/۹۴۱		۲/۵۸۷	/۰۱۱
میانگین باور درونی	/۵۷۴	/۲۲۵	/۱۹۶	۲/۴۳۰	/۰۱۶

بحث

دراین مطالعه با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی پرسشنامه خودکارآمدی تایید و مشخص گردید بین باور به جایگاه درونی کنترل سلامت و خودکارآمدی افراد ارتباط وجود دارد. به گونه ای که نتایج نشان دادند به ازای ۱ واحد افزایش در متغیر مرکز کنترل درونی، ۰/۵۴۷ افزایش در متغیر خودکارآمدی مشاهده گردیده است.

کیکو[1] و همکارانش در مطالعه خود نشان دادند که باور به جایگاه درونی کنترل سلامت می تواند بر خودکارآمدی افراد تاثیر گذار باشد آنها این همبستگی را معنی دار و مثبت گزارش نمود [۲۲].

همچنین نتایج مطالعات کراس[2] و همکارانش نشان داد افراد با خودکارآمدی بیشتر، وضعیت سلامتی بهتری داشته اند. در این مطالعه بین مرکز بیرونی سلامت با خودکارآمدی همبستگی معکوسی مشاهده شده است [۲۳].

از طرف دیگر در این مطالعه مشخص گردید بین باور به شانس به عنوان زیر مقیاس بیرونی کنترل سلامت و خودکارآمدی همبستگی منفی وجود دارد که این نتیجه مشابه نتایج مامی کو[3] و همکارانش می باشد، آنها نیز همبستگی منفی بین باور به جایگاه شانس به عنوان کنترل کننده سلامت و خودکارامدی نشان دادند [۲۴] و در بعضی از مطالعات ارتباط معنی داری را بین جایگاه کنترل سلامت و خودکارآمدی ذکر نکردند [۲۶،۲۵].

1 -Keiko
2 -Cross
3 -Mamiko

از دیگر نتایج این مطالعه میانگین نمرات IHLC,CHLC,PHLC بود. بیشترین امتیاز مربوط به میانگین نمره اینترنال و کمترین امتیاز مربوط میانگین نمره شانس بود. این نتیجه با نتایج مطالعه مشکی و همکاران [۱۹]، شاهد[4] و همکاران [۲۷] و چاپلین[5] و همکارانش [۲۸] مطابقت دارد.

به هرحال شاهد آن می باشیم که در مطالعات مختلف با جامعه پژوهش متفاوت، بیشترین امتیاز مربوط به باور به جایگاه کنترل سلامت درونی است و به نظر می آید تفاوت بین نمرات زیر مقیاس ها جهت قضاوت و نتیجه گیری از اهمیت بیشتری برخوردار باشد، زیرا در این مطالعه تفاوت امتیاز بسیار کمی بین IHLC و PHLC وجود داشت، آنچنان که می توان گفت شرکت کنندگان در این مطالعه اعتقاد یکسانی به IHLC و PHLC داشته اند، در حالی که این تفاوت امتیاز بین میانگین امتیاز IHLC و PHLC در مطالعه مشکی بیشتر می باشد و در مطالعه شاهد میانگین امتیاز CHLCوPHLC به یکدیگر بسیار نزدیکتر می باشد تا حدی که می توان قضاوت نمود شرکت کنندگان در مطالعه ی آنان اعتقاد یکسانی به باور به جایگاه کنترل سلامت CHLC و PHLC دارند.

همچنین در مطالعه حاضر، بین CHLC با متغیرهای سن و تحصیلات رابطه معنی داری مشاهده گردید. در واقع زنان باسنین بالاتر اعتقاد بیشتری به محوریت شانس به عنوان جایگاه کنترل سلامت نسبت به جوانتر ها داشتند. هم چنین بین متغیر تحصیلات و CHLC ضریب

4 -Shahed
5 - chaplin

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

همبستگی منفی مشاهده گردید، به گونه ای که افراد با میزان تحصیلات بالاتر اعتقاد کمتری به محوریت شانس به عنوان مرکز کنترل سلامت داشتند. که با پاره ای از مطالعات همخوانی دارد [۳۱-۲۹].

از آن جایی که درمطالعه جاری، زنان جوان تر تحصیلات بالاتری داشتند بنابراین زنان با سن بالاتر و تحصیلات کمتر بیشتر به CHLC اعتقاد داشتند.

در هر صورت میزان تحصیلات و به دنبال آن افزایش آگاهی می تواند یکی از فاکتورهای مهم باور به جایگاه کنترل درونی سلامت باشد، زیرا غالبا در جوامعی که میزان تحصیلات بالاتر است آگاهی نسبت به موضوع نیز بیشتر به چشم می خورد و همین مسئله می تواند روی باور به نوع جایگاه سلامت افراد نیز تاثیر گذار باشد.

از طرف دیگربین میزان تحصیلات و خودکارآمدی نیز رابطه معنی داری مشاهده گردید و نتایج حاکی از آن بود که زنان با تحصیلات بالاتر خودکارآمدی بیشتری داشتند. این مطالعه با مطالعه ی چن [1] هم خوانی دارد در مطالعه ی وی نیز افراد با تحصیلات بالاتر خودکارآمدی بیشتری داشتند[۳۲].

همچنین بین تحصیلات و اعتقاد به مرکز بیرونی سلامت (شانس) ارتباط معنی دار معکوس مشاهده گردید که مطالعه چن و همکاران نیز همین یافته را تایید کرده است [۳۲].

اما چندین محدودیت در مطالعه حاضر وجود داشته است. در این مطالعه از خانواده زنان مبتلا به سرطان پستان که زنده بودند به عنوان شرکت کنندگان در مطالعه استفاده شد زیرا دسترسی به افراد خانواده مبتلایان به این بیماری که فوت نموده بودند، مشکل بود. همچنین تنها از زنان خانواده مبتلایان به سرطان پستان به عنوان شرکت کنندگان در مطالعه استفاده شد زیرا زنان بیش از مردان در منطقه مورد مطالعه در دسترس بوده و تمایل به همکاری بیشتری نسبت به مردان در مطالعه داشتند. از نقاط قوت این مطالعه نیز می توان به انتخاب جامعه پژوهش در معرض خطر ابتلا به بیماری (سابقه بیماری سرطان پستان درخانواده) و انتخاب تصادفی آنان اشاره نمود.

1 -Chen

پیشنهاد می گردد در مطالعات بعدی از مردان نیز به عنوان شرکت کنندگان در مطالعه دعوت گردد.

نتیجه گیری

بین باور به مرکز درونی کنترل سلامت و خودکارآمدی زنان با سابقه فامیلی سرطان پستان ارتباط معنی داری وجود دارد. لذا تقویت باور به مرکز درونی سلامت می تواند بر ارتقائ خودکارآمدی افراد تاثیر گذار باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه قسمتی از پایان نامه مصوب دکتری آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس تهران در تاریخ ۹۱/۱/۲۷ با کسب مجوز اخلاقی از این دانشگاه با کد۵۲/۴۲۲ می باشد. نویسندگان از همکاری پروفسور ویکتوریا چمپیون، دکتر مهدی مشکی و همچنین تمامی زنان شرکت کننده در مطالعه تشکر می نمایند.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

References

1. American Cancer Society,(2013), Cancer Facts and Figures. Atlanta, Ga , Available online, Last accessed : 4 January 2013.
2. Homaei F,Center for Cancer Research.aviable at:http://www.mums.ac.ir/cancer/fa. Last Accessed 12 Jan 2012[Persian].
3. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, "et al", Breast cancer in Iran: An epidemiological review, J Breast, 2007;13:383-91[Persian].
4. WHO Media centre. available at: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/,Fact sheet N°297,Reviewed January 2013.
5. Hellquist B, Duffy SW, Abdsaleh S, "et al", Effectiveness of population-based service screening with mammography for women ages 40 to 49 years: evaluation of the Swedish Mammography Screening in Young Women (SCRY) cohort, Cancer J, 2011; 117(4): 714-22.
6. Stephanie, R. Cigarette smoking ,Obesity ,physical activity and alcohol use as predicators of chemoprevention adherence in the national surgical adjuvant breast and bowel project p1breast cancer prevention trial, J Cancer prevention research, 2011; 4:139.
7. Champion V, Monahan P, Springston J, "et al", Measuring Mammography and Breast Cancer Beliefs in African American Women, J Health Psychology, 2008 ; 13(6): 827–37.
8. Williams-Piehota P, Schneider T, Pizarro J, Movad L, Salovery P, Matching health messages to locus of control beliefs for promotioning mammography Utilization, J psychology and Health, 2004;(19): 407-23.
9. Rotter J.B,Social learning and clinical psychology, New York: Prentice-Hall, 1954.
10.Wallston B.S, Wallston K. A, Kaplan G. D, Maides, S. A. The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1976; 44(4), 580- 5
11.Luszcynska A, Schwarzer R, Wallston KA, Multidimensional health locus of control: Comments on the construct and its measurement, J Health Psychology, 2005;10:633– 42
12.Kelly PA, Kallen MA, Suarez-Almazor ME, A combined-method psychometric analysis recommended modification of the multidimensional health locus of control scales, J Clin Epidemiology, 2007;60: 440–7
13.Bandura A, Social foundations of thought and action, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall,1986.
14.Bandura A , Social cognitive theory of self-regulation, Organizational Behavior & Human Decision Processes, 1991;50: 248-287
15.Champion VL, Sugg Skinner C, Menon U, Development of a Self-Efficacy Scale for Mammography, J Research in Nursing &Health, 2005;329-336
16.Russell KM, Perkins SM, Zollinger TW, Champion VL, Sociocultural context of mammography screening use, Oncol Nurs Forum, 2006;33:105-112.
17.Tolma EL, Reininger BM, Evans A, Ureda J, 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- 51
18.Power Calculations for Matched Case-Control Studies', Biometrics, Volume 44, pages 1157-1168
19.Marc A, Fritiz , Speroff L, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility 2011. 8th ed.
20.Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P, Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students, *BMC Public Health,* 2007, 7:295[Persian]
21.Hajizadeh E, Asghari M, Statistical Methods and Analyses In Health and Biosciences, A Research Methodological Approach, Tehran: Jahade daneshkahi ; 2012.1th ed[Persian].
22.Tabachnick G.B. , Fidell S.L, Using Multivariate Statistics Pearson, Boston, 2007, 5th ed.
23.Keiko T, Yoshiko F, Masafumi K, Kenichi T, Relationships between Spirituality, Health Self-efficacy and Health Locus of Control in the Elderly, Kawasaki journal of medical welfare, 2009; 14(2): 81-91
24.Cross MJ, March LM, Lapsley HM, Byrne E, Brooks PM, Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure, Rheumatology, 2006; 45(1):92-6
25.Mamiko Y, Akimitsu T, Hiroshi T, Self-Efficacy and Health Locus of Control in

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

Diabetic Patients, J Kobe Daigaku Igakubu Hoken Gakka Kiyo, 1998;14;101- 8
26.Olga Prusak, Relationships Among Locus of Control, Perceived Self-efficacy and Medication Adherence in Members of Double-Trouble in Recovery Or Dual Recovery Anonymous Self-help Groups, ProQuest Dissertations and Theses 2007, Capella university .
27.Dawn Samuel Dublin, The relationship between self-efficacy and locus of control and employment duration of women on Temporary Assistance to Needy Families, ProQuest Dissertations and Theses 2009, Adelphi university, school of social work.
28.Shahed S, Health Locus of Control, Health Beliefs, and Health Related Behaviors: A Study of Urban Females, (Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy), 2011, University of the Punjab, Lahore.
29.Chaplin WF, Davidson K, Sparrow V, Stuhr J, Van Roosmalen E, Wallston KA, A Structural Evaluation of the Expanded Multidimensional Health Locus of Control Scale with a Diverse Sample of Caucasian/European, Native, and Black Canadian Women, Journal of Health Psychology, 2001; 6,447-55
30.Kuwahara A, Nishino Y, Ohkubo T, Tsuji I, Hisamichi S, Hosokawa T, Reliability and validity of the multidimensional health locus of control scale in Japan: relationship with demographic factors and health- related behavior, Tohoku J.Exp. Med, 2004; 203(1): 34-45
31.Rodriguez-Rosero J.E, Ferriani M.G, Dela Coleta M.F, (2002), Multidimensional health locus of control scale – MHLC: validation study. *Rev Lat Am Enfermagem,* 2002; 10(2): 179-84
32.Wallston K. A, Wallston B. S, DeVe llis R. F, (1978) , Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales, Health Education Mono graphs, 1978; 6(2): 160-170
33.Chen SH, Acton G, Shao JH, Relationships among nutritional self-efficacy, health locus of control and nutritional status in older Taiwanese adults, J Clin Nurs, 2010 Aug;19(15-16):2117-27

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

Original Article

Survey the type of health locus of control and relationship with self efficacy in women with Family history of breast cancer

Hashemian M[1], Aminshokravi F[2],Hidarnia A[3], Lamyian M[4] , Hassanpur K[5], Akaberi A[6]*

[1]Phd candidate of Health education ,School of Medical Sciences,Tarbiat Modares University,Tehran,Iran
[2]Assistant Professor of Health education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
[3]Associate Professor of Health education , Department of Health education,School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University,Tehran,Iran
[4]Assistant Professor Medical Sciences Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
5Associate Professor of School of Medical Sciences Sabzevar University,Tehran, Iran.
[6]Lecturer of Biostatistics, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

***Corresponding Author:**
School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
E-mail:
Aminsh _f @ modares.ac.ir

Abstract

Background & Objective: *Self efficacy emphasizes on individual belief about behavior, and belief to this point that to what extent health control is voluntary can be as appropriate health behavior. The purpose of this study is determination of the effect of belief in internal health locus of control on the efficacy rate for doing mammography in women.*

Materials & Methods*: The cross sectional study was done in city of sabzevar in 1391. The study consisted of all Women with family history of breast cancer. With simple random sampling and during interview, 150 eligible women were enrolled to this study. Instrument validity through face and content validity and the construct validity. Further, the instruments' reliability was assessed using Cronbach's alpha and retest reliability. SPSS software version 21 was used for the analysis of the data. Further, AMOS software version 16 was used for the construct validity self efficacy scale. Moreover, pearson's and stepwise regression tests were applied to study theoretical relationships. A statistically significant test was defined as a P-value below 0.05 in the study.*

Results: *The mean age of the sample was 44.48 (6.88). The highest score was related to internal health locus of control with 30.65(3.13). A statistically significant relationship was found between self efficacy and internal health locus of control, ($P < 0.01$). Step wise regression showed with one unit increase in internal health locus of control increase 0.534 in self efficacy variable.*

Conclusion *Significant relation is between internal health locus of control and self efficacy.*

Keywords*: Breast cancer , Health Locus of Control , Self efficacy Mammography*

Submitted:30 Oct 2013
Revised:20 Jan 2014
Accepted: 26 Jan 2014

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]