

مقاله پژوهشی

بررسی باور به جایگاه درونی کنترل سلامت و ارتباط آن با خودکارآمدی جهت انجام ماموگرافی در زنان 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 استادیار آموزش 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 آمار حیاتی، 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 باور فردی 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 رفتار مناسب 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 شهر سبزوار 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 و پرسشنامه از طریق مصاحبه تکمیل گردید. روایی پرسشنامه از طریق روایی صوری، محتوی و روایی سازه انجام و پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفا کرونباخ و آزمون مجدد بررسی گردید. تحلیل های این مطالعه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۲۱ و نرم افزار Amos ۱۶ صورت گرفت و از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام جهت بررسی ارتباط بین متغیر ها استفاده شد. سطح معنی داری آزمون در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ بود.

یافته ها: میانگین سنی زنان در این مطالعه $44/48 \pm 6/88$ و بیشترین امتیاز مربوط به باور به جایگاه درونی کنترل سلامت $(30/65 \pm 3/13)$ بود. بین جایگاه کنترل درونی سلامت با خودکارآمدی زنان در خصوص رفتار ماموگرافی همبستگی مثبت و ارتباط معنی دار مشاهده گردید ($P < 0/01$) 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

بیماری قرار دارد [۱]. در ایران متأسفانه این بیماری شایع ترین سرطان در گروه زنان ایرانی است که میزان بروز آن حتی از بروز سرطان پوست بالاتر است و ۳۲ درصد از کل موارد سرطان در زنان را در بر می گیرد [۲]. نتایج بررسی اپیدمیولوژیک سرطان پستان در ایران نشان داده است ۸۲

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

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 می‌تواند درونی باشد یعنی فرد مستقیماً مسئول اعمال و رفتار خود می‌باشد و یا بیرونی باشد یعنی فرد معتقد به عوامل محیطی، نیروهای برتر یا افرادی دیگر می‌باشد که اعمال و رفتار وی را کنترل می‌کنند [۹].

ساختار اختصاصی جایگاه کنترل سلامت^۲ (HLC) به دنبال جنرال لوکوس کنترل^۳ (LOC) مطرح شد و نشان دهنده‌ی درجه اعتقاد فرد به عوامل کنترل کننده درونی و بیرونی سلامتی خود می‌باشد [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 می‌باشند بر این باورند که وضعیت سلامتی‌شان مستقیماً ناشی از رفتار و عملکرد خودشان می‌باشد در حالی که افرادی که به مرکز کنترل بیرونی سلامت معتقد می‌باشند، عواملی نظیر پزشکان، شانس یا بخت و اقبال و سرنوشت را مسئول سلامتی خود می‌دانند [۱۲].

مفهوم خودکارآمدی 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 می‌باشد. 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 می‌باشد 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 می‌تواند منجر به سلامت بهتر و موفقیت بالاتر گردد. در صورتی که مردم بر این باور باشند که می‌توانند مشکلات خود را حل نمایند نسبت به انجام

درصد موارد تشخیص این بیماری در مراحل پیشرفته آن صورت می‌گیرد. لذا ماموگرافی به عنوان مهمترین و سریع ترین روش تشخیص این بیماری توصیه می‌گردد [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 می‌کند [۴].

مطالعات نیز در این خصوص نقش ماموگرافی در کاهش میزان مرگ و میر را مورد تاکید قرار داده اند، از جمله هلکوئیست^۱، در مطالعه خود کاهش ۲۹ درصدی مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در زنان ۴۰ تا ۴۹ 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 می‌توان 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 می‌شود در این میان سابقه فامیلی سرطان پستان یکی از ریسک فاکتورهای غیرقابل تغییر این بیماری محسوب می‌شود، 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 می‌رسد [۱].

عوامل متعددی بر اتخاذ رفتار پیشگیری کننده ی سرطان پستان در زنان تاثیر گذار می‌باشد، 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 می‌باشد می‌تواند به عنوان انگیزه درونی باعث بروز رفتار مناسب بهداشتی گردد.

2- Health Locus of Control

3- Locus of Control

1-Hellquist

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

مطالعات متعدد اهمیت تاثیر خودکارآمدی 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 [۱۵-۱۷]، 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 مسئولیت 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 ۳۵ سال و بالاتر (در زنان با خطر بالا^۱، 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.

تعداد ۱۵۰ 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 و تکمیل 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 از آنان از طریق تماس تلفنی صورت گرفت.

ابزار جمع 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 و الاستون بود که خود از ۳ زیر مقیاس تشکیل شده است.

۱- جایگاه درونی کنترل سلامت^۲ (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^۳ (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^۴ (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].

2- Internal Health Locus of Control

3- Power Health Locus Control

4- Chance Health Locus Control

1- High risk

در این مطالعه از فرم A جهت 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 ۶ گانه 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 آیتیم 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 آیتیم 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 چمیون نیز بعد از کسب مجوز از تهیه کننده اصلی این پرسشنامه، پروفیسور چمیون و بعد از گذراندن مراحل ترجمه و ترجمه 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) 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 آیتیم 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^۲ جهت ایجاد برازش آماری استفاده شد. در این تحلیل به طور کلی $\text{Loading of a value} \geq 0/3$ مورد قبول می باشد و ارزیابی برازش مناسب مدل در صورتی قابل قبول است که $\frac{\chi^2}{df}$ 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 SPSS انجام شد و همچنین از نرم افزار ۱۶ Amos جهت روایی سازه ای مقیاس خودکارآمدی استفاده شد. سطح معنی داری آزمون در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش $44/48 \pm 6/88$ 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

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) |
| تحصیلات | بزرگتر از ۵۵ | ۱۲ (۸) |
| | بی سواد | ۱۳ (۸/۷) |
| | ابتدایی و راهنمایی | ۷۶ (۵۰/۷) |
| | دبیرستان | ۵۰ (۳۳/۳) |
| شغل | دانشگاهی | ۱۱ (۷/۳) |
| | 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 ۴۰۰۰۰۰ تومان | ۴۸ (۳۲) |
| | بین ۴۰۰۰۰۰ تا ۸۰۰۰۰۰ تومان | ۷۶ (۵۰/۷) |
| | بین ۸۰۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰ تومان | ۱۸ (۱۲) |
| | بیشتر از ۱۰۰۰۰۰۰ تومان | ۸ (۵/۳) |
| نسبت فامیلی | دختر | ۸۲ (۵۴/۷) |
| | خواهر | ۵۹ (۳۹/۳) |
| | مادر | ۹ (۶) |

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 نیروهای 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 های جایگاه کنترل سلامت

| میانگین شانس | ضریب همبستگی | میانگین باور درونی | میانگین شانس | میانگین نیروهای دیگر |
|--------------|--------------|--------------------|--------------|----------------------|
| | P-value | | | |
| | | ۰/۲۰۷* | | |
| | | ۰/۱۱ | | |
| | | ۰/۵۷۲** | ۰/۲۵۹** | |
| | | ۰/۰۰ | ۰/۰۰۱ | |
| | | ۰/۱۹۶* | ۰/۱۷۶* | ۰/۰۰۲ |
| | | ۰/۰۱۶ | ۰/۰۳۱ | ۰/۹۸۲ |
| | P-value | | | |

* در سطح ۰/۰۵ معنی دار است

** در سطح ۰/۰۱ معنی دار است

۰/۰۱۸ و ۰/۰۰۱) بود و $CFI=1$ ، $IFI=1$ ، 0.993 ، $RFI=$ و مقدار $NFI=0.999$ 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 و ارتباط 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، 0.547 افزایش در متغیر خودکارآمدی مشاهده گردیده است. (جدول ۴)

نتیجه پایایی مقیاس خودکارآمدی، با استفاده از آلفای کرون باخ 0.90 به دست آمد و در تست باز آزمون این میزان 0.64 ($p < 0.00$) به دست آمد.

در روایی محتوی، نمره CVI مقیاس خودکارآمدی در این مطالعه با کمک پائل خبرگان 100 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 10 آیت نشان داد که نسبت مجذور کای به درجه آزادی برابر 0.394 بود.

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

و همچنین مقدار $RMSEA < 0.001$ با فاصله اطمینان

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

| P-value | مقدار آماره تی | ضریب استاندارد | ضرایب غیر استاندارد | |
|---------|----------------|----------------|---------------------|--------|
| | | | انحراف استاندارد | ضریب |
| ۰/۰۱۱ | ۲/۵۸۷ | | ۶/۹۴۱ | ۱۷/۹۵۸ |
| ۰/۰۱۶ | ۲/۴۳۰ | ۰/۱۹۶ | ۰/۲۲۵ | ۰/۵۷۴ |

مقدار ثابت

میانگین باور درونی

از دیگر نتایج این مطالعه میانگین نمرات IHLC, CHLC, PHLC بود. بیشترین امتیاز مربوط به میانگین نمره اینترنال و کمترین امتیاز مربوط به میانگین نمره شانس بود. این نتیجه با نتایج مطالعه مشکی و همکاران [۱۹]، شاهد^۴ و همکاران [۲۷] و چاپلین^۵ 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 PHLC و CHLC 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

بحث

در این 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^۱ و همکارانش در مطالعه خود نشان دادند که باور به جایگاه درونی کنترل سلامت می تواند بر خودکارآمدی افراد تاثیر گذار باشد این همبستگی را معنی دار و مثبت گزارش نمود [۲۲].

همچنین نتایج مطالعات کراس^۲ 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^۳ و همکارانش می باشد، آنها نیز همبستگی منفی بین باور به جایگاه شانس به عنوان کنترل کننده سلامت و خودکارآمدی 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

4 -Shahed

5 - chaplin

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 ارتقای 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 کد ۵۲/۴۲۲ می باشد. نویسندگان از همکاری پروفسور ویکتوریا چمپیون، دکتر مهدی مشکی و همچنین تمامی زنان شرکت کننده در مطالعه تشکر می نمایند.

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 [۲۹-۳۱].

از آن جایی که در مطالعه 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 دیگر بین 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^۱ 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 در خانواده) و انتخاب تصادفی آنان اشاره نمود.

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,available 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 predictors 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, Salovey 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. Luszczynska 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

- 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, DeVellis R. F, (1978) , Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales, Health Education Monographs, 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

Original Article

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

Hashemian M¹, Aminshokravi F^{2*}, Hidarnia A³, Lamyian M⁴, Hassanpur K⁵, Akaberi A⁶

¹Phd candidate of Health education ,School of Medical Sciences,Tarbiat Modares University,Tehran,Iran

²Assistant Professor of Health education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

³Associate Professor of Health education , Department of Health education,School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University,Tehran,Iran

⁴Assistant Professor Medical Sciences Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁵Associate Professor of School of Medical Sciences Sabzevar University,Tehran, Iran.

⁶Lecturer 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