

اثر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقاء باور و ایجاد رفتارهای غربالگری سرطان پستان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز

فاطمه باختری اقدم: دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، مرکز مدیریت سلامت کشوری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (NPMC)، تبریز، ایران
 رقیه نوری زاده: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز مدیریت سلامت کشوری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (NPMC)، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

Email: mourizadeh@gmail.com

لیلا صاحبی: دانشکده بهداشت، مرکز مدیریت سلامت کشوری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (NPMC)، تبریز، ایران

دریافت: ۸۹/۱۰/۳ پذیرش: ۹۰/۲/۱۱

چکیده

زمینه و اهداف: سرطان پستان، شایعترین سرطان زنان در ایران و جهان و دومین علت مرگ ناشی از سرطان زنان بعد از سرطان ریه می‌باشد. تشخیص زودهنگام به منظور بهبود پیامدها و میزان بقای بسیار مهم می‌باشد. هدف این مطالعه، تعیین میزان تاثیر آموزش با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی بر تغییر عقاید و رفتارهای غربالگری در رابطه با سرطان پستان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع نیمه تجربی بود. ۲۱۹ نفر از مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی-درمانی تبریز به روش تصادفی خوشه‌ای، در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای خودساخته مشتمل بر ۴ بخش مشخصات دموگرافیک، سوالات آگاهی از سرطان پستان و روش‌های غربالگری، سنجش عقاید و رفتارهای بهداشتی مربوط به غربالگری بود. ۳ ماه بعد از آموزش زنان گروه مداخله، از هر دو گروه پس از آزمون بعمل آمد. از آزمون‌های رگرسیون لجستیک، تی زوج، ویل کاکسون، تی مستقل، من ویتنی یو، مک نمار، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون مجذور کای برای تجزیه و تحلیل آنها استفاده شد و داده‌ها توسط SPSS نسخه ۱۷ آنالیز شد.

یافته‌ها: بدنال آموزش در گروه مداخله، افزایش معنی داری در شدت ($P=0/02$)، تهدید ($P=0/01$) و منافع درک شده زنان ($P<0/001$) مشاهده گردید حال آنکه در گروه کنترل، شدت درک شده، کاهش معنی دار ($P=0/01$) و حساسیت درک شده، افزایش معنی داری ($P=0/01$) را نشان داد. در گروه مداخله بدنال آموزش میزان انجام خودآزمایی پستان ۱۵/۴ درصد افزایش نشان داد. در کل، رفتارهای غربالگری سرطان پستان در پس آزمون، بین دو گروه معنی دار بود ($P=0/03$).

نتیجه‌گیری: برنامه آموزشی تدوین شده بر اساس نیازسنجی، متناسب با فرهنگ و بر پایه مدل اعتقاد بهداشتی تا حدودی در تغییر عقاید بهداشتی و رفتارهای غربالگری موثر بوده، تمرکز بر افزایش حساسیت ادراکی و کاهش موانع درک شده در برنامه‌های آموزشی آینده همراه با فاصله پیگیری طولانی در انجام ماموگرافی موثر بنظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: سرطان پستان، تشخیص زودرس، مدل اعتقاد بهداشتی

مقدمه

از سرطان زنان بعد از سرطان ریه بشمار می‌رود (۲) و سالیانه موجب مرگ ۵۱۹ هزار نفر در جهان می‌شود که بیش از ۷۰ درصد موارد در کشورهای دارای وضعیت اقتصادی پایین و متوسط رخ می‌دهد (۳). میزان بقای سرطان پستان در بین کشورهای جهان، بسیار متفاوت است بطوریکه از ۸۰ درصد در امریکای شمالی،

سرطان پستان ۳۲ درصد کل سرطان زنان را تشکیل داده و شایعترین سرطان زنان در جهان می‌باشد (۱). بطور کل در رتبه اول شیوع، در زنان سنین ۴۰ تا ۶۰ سالگی و رتبه دوم در سنین بین ۳۰ تا ۴۰ سالگی می‌باشد. طبق آمار جهانی از هر ۱۰۰ هزار نفر، ۸۰ نفر به این بیماری مبتلا هستند. این بیماری دومین علت مرگ ناشی

اثر بخشی برنامه‌های آموزش بهداشت را افزایش می‌دهد (۱۲). مدل اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model, HBM) جهت طرح‌ریزی و ارزیابی مداخلاتی که در تغییر رفتار موثرند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. بر اساس این مدل، برای انجام رفتار بهداشتی، افراد باید نخست در برابر مساله، احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)، سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را درک کنند (شدت درک شده) و با علائم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود دریافت می‌کنند (راهنمای عمل)، مفید و قابل اجرا بودن عمل را باور نموده و اقدام کنند. در مطالعه تحویل‌داری و محقق (۱۳۸۴)، افزایش معنی‌داری در منافع ادراکی و کاهش چشمگیری در موانع ادراکی زنان در انجام خودآزمایی پستان بدنال آموزش بر اساس HBM دیده شد (۱۳). در مطالعه‌ای دیگر، آموزش با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی، منجر به افزایش ۲۸/۶ درصدی در غربالگری ماموگرافی گردید (۱۴). هدف این مطالعه، تعیین میزان تاثیر آموزش با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی بر تغییر عقاید و رفتارهای غربالگری در رابطه با سرطان پستان می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، مطالعه‌ای نیمه تجربی بود. جامعه مورد پژوهش را کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی تبریز تشکیل می‌دادند. افرادی که دارای پرونده بهداشتی نبودند بدلیل مشکلات پیگیری وارد مطالعه نشدند. همچنین زنان دارای سابقه سرطان پستان یا سایر سرطان‌ها از مطالعه حذف شدند. در این مطالعه حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر، ۱۱۰ نفر برای هر گروه محاسبه شد:

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 \sigma_{\delta}^2}{\delta^2} + \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{2}$$

افراد مورد مطالعه بطور تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند، بدین ترتیب که بعد از خوشه بندی، ۱۵ مرکز به روش تصادفی انتخاب و از هرکدام ۲۵ نفر به روش تصادفی از روی پرونده‌های بهداشتی انتخاب گردیدند تا بعلت تغییر مکان، عدم موفقیت در تماس تلفنی جهت دعوت آنان به شرکت در مرحله پس آزمون و یا عدم تمایل به شرکت در پژوهش، امکان دسترسی نهایی به ۲۲۰ زن در قالب دو گروه مداخله و کنترل موجود باشد. مراکز به دو دسته کنترل و مداخله تقسیم‌بندی شدند تا اثر اجرا و تاثیر پذیری گروه کنترل از مداخله بدلیل همجواری و تماس‌های احتمالی روزمره حذف گردد. حجم نمونه نهایی ۱۱۰ نفر در گروه مداخله و ۱۰۹ نفر در گروه کنترل بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه‌ای خودساخته مشتمل بر ۴ بخش مشتمل بر مشخصات دموگرافیک، سوالات آگاهی از سرطان پستان (۱۳ سوال) و روش‌های غربالگری (۵ سوال)، سنجش عقاید بهداشتی (۱۷ سوال) بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت و رفتارهای غربالگری (۱۰ سوال) بود. چنانچه پاسخ به اولین سوال عملکرد (خودآزمایی پستان) مثبت بود، باید به بقیه سوالات در مورد نحوه انجام خودآزمایی نیز پاسخ

سوئد و ژاپن تا ۶۰ درصد در کشورهای دارای درآمد متوسط و زیر ۴۰ درصد در کشورهای دارای درآمد پایین متغیر است (۴) که ناشی از عدم وجود برنامه‌های تشخیص زودرس و کمبود تسهیلات تشخیصی و درمانی کافی در کشورهای دارای درآمد پایین می‌باشد. سرطان پستان با ۲۱/۴ درصد شایع ترین سرطان در زنان ایرانی است (۵). سن ابتلا به سرطان سینه در ایران ۱۰ سال زودتر از کشورهای پیشرفته است. شایعترین سن ابتلا در ایران، ۴۵-۵۴ سال است (۶). بار سرطان پستان در هر هزار نفر زن در ایران ۰/۶۲ می‌باشد که در مقایسه با منطقه مدیترانه شرقی ۱/۱ و کل جهان ۱/۹۹، پایین تر است (۷). به رغم آن که حدود ۸۰ درصد موارد این بیماری در کشورهای غربی در مرحله یک شناسایی و درمان می‌شوند، در ایران ۶۵ درصد این بیماران در مرحله ۲ یا ۳ شناسایی می‌شوند و همین امر درمان قطعی این بیماران را با مشکل مواجه می‌کند (۸). تشخیص زودهنگام به منظور بهبود پیامدها، میزان بقا و نجات جان بیمار، بسیار مهم می‌باشد. استراتژی‌های تشخیص بهنگام شامل آگاهی از علائم و نشانه‌های زودرس، انجام خودآزمایی پستان، غربالگری با معاینه بالینی توسط پزشک و ماموگرافی می‌باشد. خودآزمایی ماهیانه پستان ۵۰ درصد از میزان مرگومیر ناشی از سرطان پستان را می‌کاهد. علیرغم وجود شواهدی به نفع انجام خودآزمایی پستان بعنوان یک روش موثر و ارزان پیشگیری از مرگ و میر ناشی از سرطان، اکثریت زنان این عمل را بعنوان یک روش معمول و بر اساس نظم خاص انجام نمی‌دهند (۹). ماموگرافی در سنین بالای ۳۵ سال قادر به مشاهده ضایعات کوچک پستان که با لمس قابل تشخیص نیستند می‌شود. ماموگرافی قادر به تشخیص سرطان پستان، ۳-۱ سال قبل از احساس آن توسط فرد می‌باشد. غربالگری به موقع ماموگرافی در زنان ۴۰ ساله یا مسن تر می‌تواند از ۱۵ تا ۳۰ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان پستان جلوگیری کند. در صورت انجام خودآزمایی، معاینه کلینیکی پستان و نیز انجام ماموگرافی می‌توان از پیشرفت بسیاری از موارد سرطان پستان به مراحل پیشرفته‌تر جلوگیری کرد (۱۰). مهمترین پدیده‌ای که در حال حاضر سلامت جامعه را تهدید می‌کند پدیده مسن شدن جمعیت کشور است. بر این اساس در حال نزدیک شدن به منطقه رایج بروز سرطان پستان در زنان یعنی ۴۰ سالگی به بعد می‌باشیم، لذا سرطان پستان در آینده نزدیک یکی از زمینه‌های اصلی اختلال سلامتی در جامعه خواهد بود. موارد فوق، نشاندهنده نیازمندی به استراتژی‌های تشخیص زودرس در زمینه سرطان پستان در کشور است. در مطالعه Alam در عربستان (۲۰۰۶)، با اینکه آگاهی ۸۲ درصد از زنان در رابطه با مزایای خودآزمایی پستان و ۶۱٪ نسبت به ماموگرافی بالا بود اما حدود نیمی از آنان (۴۱/۲ درصد) خودآزمایی پستان و فقط ۱۸/۲ درصد ماموگرافی غیرتشخیصی را انجام داده بودند (۱۱). این مهم که آگاهی به تنهایی منجر به تغییر رفتار نمی‌گردد، ضرورت تهیه و تدوین برنامه‌های آموزشی منجر به تغییر نگرش را می‌طلبد. پشوانه تئوریک مناسب برای نیازهای بهداشتی،

عقاید بهداشتی، با استفاده از آزمون ویل کاکسون افزایش معنی داری در شدت ($P=0/02$)، تهدید ($P=0/01$) و منافع درک شده ($P<0/001$) زنان گروه مداخله بعد از آموزش مشاهده گردید. حال آنکه در گروه کنترل، شدت درک شده، کاهش معنی دار ($P=0/01$) و حساسیت درک شده، افزایش معنی داری ($P=0/01$) را نشان داد. مقایسه باورهای بهداشتی بین دو گروه با استفاده از آزمون یو من ویتنی در پیش آزمون و پس آزمون در جدول شماره ۲ آمده است. مقایسه رفتارهای غربالگری هر دو گروه قبل و بعد از مداخله بوسیله آزمون ویل کاکسون، تفاوت معنی داری را نشان نداد. مقایسه گروههای مداخله با کنترل در مرحله قبل از آموزش غیر معنی دار و پس از آموزش معنی دار بود (جدول شماره ۲). در گروه مداخله، قبل از آموزش، انجام خودآزمایی پستان توسط ۵۴ نفر ($49/1\%$) گزارش گردید که در این میان ۴۰ نفر ($36/4\%$) در زمان صحیح و ۱۰ نفر ($9/1\%$) بصورت ماهیانه و منظم انجام می دادند. از ۵۷ زن بالای ۲۹ سال در این گروه ۱۹ نفر ($33/3\%$) ذکر نمودند که تا بحال معاینه کلینیکی پستان صرفاً جهت غربالگری داشته اند و از ۲۵ زن بالای سن ۳۹ سال، ۶ نفر (24%) سابقه انجام ماموگرافی غیرتشخیصی را ذکر نمودند. بدنال آموزش، ۷۱ نفر ($64/5\%$) انجام خودآزمایی پستان را گزارش نمودند که در این میان ۵۸ نفر ($52/7\%$) آن را در زمان صحیح و ۴۸ نفر ($43/6\%$) بصورت منظم و ماهیانه انجام می دادند. نمرات عملکرد خودآزمایی پستان در گروه مداخله بدنال آموزش در مقایسه با قبل، تفاوت معنی دار آماری را نشان نداد. در گروه کنترل نیز اختلاف چشمگیری در مرحله پس آزمون مشاهده نشد. قبل از آموزش، تفاوت معنی داری در انجام خودآزمایی پستان بین دو گروه وجود نداشت ($P=0/06$) بدنال آموزش، بعلا افزایش نسبی عملکرد در گروه مداخله تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده گردید ($P=0/04$). در گروه مداخله بدنال آموزش، مراجعه جهت معاینه کلینیکی پستان صرفاً جهت غربالگری، افزایش ۳/۵ درصدی (۲ نفر) و انجام ماموگرافی غیرتشخیصی، افزایش ۸ درصدی (۲ نفر) را نشان داد. با استفاده از آزمون مک نمار، تفاوت معنی داری مشاهده نگردید (به ترتیب $P=0/86$ و $P=0/77$). آزمون مجذور کای، اختلاف معنی داری را در انجام ماموگرافی و معاینه کلینیکی پستان بین دو گروه مداخله و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون نشان نداد. در مطالعه حاضر قبل از مداخله بین آگاهی و عملکرد همبستگی متوسط و معنی داری مشاهده گردید ($r=0/46$ ، $P<0/001$). همچنین آزمون من ویتنی یو، بین شدت درک شده و انجام ماموگرافی غیر تشخیصی، ارتباط آماری معنی داری را نشان داد ($P=0/008$). برای بررسی میزان تاثیر عوامل مختلف با کنترل عوامل احتمالاً مخدوش کننده از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد که بین انجام خودآزمایی پستان و معاینه کلینیکی پستان توسط پزشک با میزان آگاهی ارتباط آماری مستقیم و معنی داری مشاهده گردید ($P<0/001$). انجام ماموگرافی غیرتشخیصی نیز با وجود سابقه ناراحتی در پستان ارتباط معنی داری را نشان داد (جدول ۳).

داده می شد. دو سوال آخر عملکرد مربوط به معاینه کلینیکی پستان و ماموگرافی بود. سوالات عقاید بهداشتی برگرفته از مقیاس مدل اعتقاد بهداشتی (Champion's Health Belief Model Scales, CHBMS) بود که در سال ۱۹۸۴ جهت استفاده بین المللی طراحی و در سال ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ مورد بازنگری قرار گرفت (۱۵). این پرسشنامه شامل ۳ سوال در مورد حساسیت درک شده، ۴ سوال برای منافع، ۵ سوال برای موانع، ۳ سوال برای شدت درک شده و ۲ سوال برای راهنمای عمل بود. پایایی این ابزار، بارها در جمعیت های مختلف سنجیده شده و با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ بین $0/89-0/96$ محاسبه گردیده است (۱۶، ۱۷)، جهت روایی پرسشنامه در مطالعه حاضر، از روش اعتبار محتوا استفاده گردید و نظرات و اصلاحات ۱۱ تن از اساتید محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد سوالات اعمال شد. پایایی مقیاس با استفاده از آزمون ثبات درونی (آلفا کرونباخ)، در مورد سوالات دانش $0/77$ و برای اعتقادات بهداشتی $0/81$ حاصل شد. جهت پایایی رفتارهای های غربالگری نیز از ضریب کاپا بعد از انجام آزمون مجدد استفاده شد که ضریب آن $0/8$ تا 1 بدست آمد. سوالات در مورد افراد بیسواد و کم سواد از طریق مصاحبه تکمیل گردید و افرادی که سطح تحصیلات آنها مقطع راهنمایی و بالاتر بود، خود با خواندن پرسشنامه به آن پاسخ دادند. سپس زنان گروه مداخله، تحت برنامه آموزشی ویژه ای بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی با توجه به نیازسنجی آگاهی و اعتقادی انجام گرفته در مرحله پیش آزمون (به روش های سخنرانی، فیلم آموزشی، تمرین بر روی مولاژ و توزیع بروشور توسط پژوهشگر) قرار گرفتند. ۳ ماه بعد، از هر دو گروه، پس آزمون بعمل آمد. پس از جمع آوری اطلاعات و وارد کردن داده ها در نرم افزار spss نسخه ۱۷، از آزمون های رگرسیون لجستیک، تی زوج، ویل کاکسون، تی مستقل، من ویتنی یو، مک نمار، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون مجذور کای برای تجزیه و تحلیل آنها استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه، اکثریت زنان گروه مداخله و کنترل (به ترتیب $43/6\%$ و 56%)، دارای سن کمتر از ۳۰ سال بودند. میانگین سنی آنان به ترتیب، $30/28 \pm 7/76$ و $29/13 \pm 7/74$ بود. سایر مشخصات به تفصیل در جدول شماره ۱ آمده است. برای تعیین سطح آگاهی از کل نمره ۱۸ مربوط به سوالات آگاهی با خط برش ۳۳ درصد، نمرات کمتر از ۶ ضعیف، ۱۲-۶ متوسط و ۱۸-۱۳ مطلوب در نظر گرفته شد. در پیش آزمون، تفاوت معنی داری از نظر میانگین نمره آگاهی بین دو گروه وجود نداشت. بدنال آموزش، در گروه مداخله، آزمون t زوج، افزایش معنی داری را در نمرات آگاهی نشان داد ($P<0/001$). در گروه کنترل، در مقایسه پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی داری مشاهده نشد. مقایسه دو گروه با آزمون t مستقل در پس آزمون، اختلاف معنی دار آماری را در میانگین نمره آگاهی نشان داد (جدول شماره ۲). در ارتباط با

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و درصد ویژگیهای فردی زنان مورد پژوهش

P	مداخله		ویژگی های فردی
	کنترل	مداخله	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۰۵	۶۱ (۵۶)	۴۸ (۴۳/۶)	< ۳۰
	۳۵ (۳۲/۱)	۳۲ (۲۹/۱)	۳۰-۳۹
	۱۰ (۹/۲)	۲۵ (۲۲/۷)	≥ ۴۰
۰/۷	۷ (۶/۶)	۲ (۱/۹)	بیسواد
	۲۲ (۲۰/۸)	۳۳ (۳۰/۶)	ابتدایی
	۲۶ (۲۴/۵)	۲۵ (۲۳/۱)	راهنمایی
	۴۴ (۴۱/۵)	۴۴ (۴۰/۷)	متوسطه/دیپلم
۰/۴	۷ (۶/۶)	۴ (۳/۷)	دانشگاهی
	۹۵ (۸۷/۲)	۹۲ (۸۳/۶)	۰-۲
	۹ (۸/۳)	۱۶ (۱۴/۵)	۳-۵
۰/۸	۱ (۰/۹)	۱ (۰/۹)	≥ ۶
	۱۰۸ (۹۹)	۱۰۸ (۹۸/۱)	متاهل
۰/۶	۱ (۰/۹)	۲ (۱/۸)	مطلقه
	۳۱ (۲۸/۴)	۲۷ (۲۴/۵)	بیوه
	۷۸ (۷۱/۵)	۸۳ (۷۵/۴)	شاغل
۰/۸	۹۸ (۸۹/۹)	۹۸ (۸۹/۱)	خانه‌دار
	۱۱ (۱۰/۱)	۱۲ (۱۰/۹)	منفی
۰/۰۵	۹۳ (۸۵/۳)	۱۰۳ (۹۳/۶)	مثبت
	۱۶ (۱۴/۷)	۷ (۶/۴)	ندارد
			وجود یا سابقه بیماری پستان
			دارد

جدول ۲: مقایسه نمرات میانگین آگاهی، عقاید و رفتارهای غربالگری دو گروه، قبل و بعد از مداخله

متغیر	پس از آموزش		پیش از آموزش		زمان ارزیابی
	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه کنترل	گروه مداخله	
P	Mean(SD)	Mean(SD)	P	Mean(SD)	Mean(SD)
آگاهی	< ۰/۰۰۱	۳/۰۱ (۳/۵۶)	۰/۰۷	۲/۸۶ (۳/۰۵)	۳/۰۵ (۳/۹۹)
حساسیت درک شده	۰/۷	۲/۴۹ (۲/۱۸)	۰/۰۵	۱/۷ (۱/۹۷)	۲/۲۱ (۱/۹۴)
شدت درک شده	۰/۶	۲/۴ (۲/۴)	< ۰/۰۰۱	۳/۲۸ (۲/۵۹)	۱/۸۶ (۲/۰۲)
منافع درک شده	۰/۰۶	۵/۰۱ (۲/۸۷)	۰/۰۵	۴/۷۵ (۲/۸۹)	۴/۰۸ (۲/۳۷)
موانع درک شده	۰/۱	۶/۹۳ (۵/۴)	< ۰/۰۰۱	۵/۷۸ (۴/۳۹)	۸/۲۸ (۴/۸۳)
تهدید درک شده	۰/۷	۴/۸۲ (۲/۹۲)	۰/۰۴	۴/۹۷ (۳/۴۸)	۴/۰۸ (۲/۸۳)
راهنمائی عمل	۰/۶	۲/۳۶ (۱/۷)	۰/۷	۲/۲۶ (۱/۶)	۲/۳۶ (۱/۷۱)
عملکرد کلی	۰/۰۳	۱/۰۸ (۲/۰۶)	۰/۰۶	۱/۴۹ (۲/۳)	۲/۰۸ (۲/۳۹)

جدول ۳: ارتباط ماموگرافی با برخی از مشخصات افراد مورد پژوهش

P	ماموگرافی			متغیرها
	Exp(B)	SE	B	
۰/۵	۱/۰۲۵	۰/۰۳۷	۰/۰۲۵	سن
۰/۰۳	۶/۷۷	۰/۷۱۵	۱/۹۱۳	وجود نواراحتی در پستان
۰/۴	۲/۰۲	۰/۸۴	۰/۷	سابقه بیماری در آشنایان
۰/۰۹	۱/۱۱	۰/۰۶	۰/۱۱۲	آگاهی
< ۰/۰۰۱	۰/۰۱۲	۱/۲۴	-۴/۴۴	ثابت (a)

بحث

خودآزمایی پستان در هر دو گروه مداخله و کنترل در پس آزمون، افزایش معنی داری را نشان داد (۱۹).

در مطالعه حاضر، افزایش ۱۵/۴ درصدی در عملکرد خودآزمایی پستان گروه مداخله بدنال آموزش مشاهده گردید. در مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۸۷)، این میزان ۲۸ درصد بعد از آموزش ارتقا یافت (۱۲). در مطالعه‌ای دیگر، افزایش ۵۰/۸ درصدی در انجام خودآزمایی پستان بدنال آموزش در گروه مداخله گزارش شد (۲۶). همسو با مطالعه ما، در مطالعه VIVOHO (۲۰۰۶) نیز با اینکه در پیش آزمون تفاوت عملکرد خودآزمایی پستان بین دو گروه مداخله و کنترل معنی دار نبود و انجام آن بدنال آموزش در گروه مداخله، افزایش معنی داری را نشان نداد اما در پس آزمون تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده گردید (۱۹).

در مطالعه ما، همسو با مطالعات قبلی (۲۷، ۱۹)، بدنال آموزش در گروه مداخله، انجام معاینه کلینیکی پستان و ماموگرافی غیرتشخیصی افزایش معنی داری را نشان نداد اما در مطالعه Bird و همکاران (۱۹۹۸) به دنبال مداخله، مراجعه برای معاینه کلینیکی پستان و انجام ماموگرافی افزایش چشمگیری نشان داد. فاصله پیگیری در این مطالعه ۴ سال بوده است (۲۸).

HBM، یک تئوری مناسب برای پرداختن به مشکلات رفتاری مرتبط با سلامت است و انگیزه سلامت، تمرکز اصلی این تئوری می باشد. شش سازه HBM با هم یک چارچوب مفید برای طراحی راهکارهای کوتاه و بلند مدت تغییر رفتار را فراهم می سازند (۳۱). بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، افزایش حساسیت و شدت درک شده نسبت به سرطان پستان با افزایش عملکرد غربالگری در ارتباط است (۱۵). در مطالعه ما قبل از مداخله، بین شدت درک شده و انجام ماموگرافی غیرتشخیصی، ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد ($P=0/008$) که همسو با یافته‌های مطالعات قبلی بود (۱۵، ۲۱، ۲۹). بنابراین انتظار می رفت که با افزایش معنی دار شدت درک شده بدنال مداخله، عملکرد غربالگری ماموگرافی نیز افزایش معنی داری نشان دهد که در مطالعه حاضر به دلیل اینکه صرفاً اثر کوتاه مدت (۳ ماه بعد از مداخله) سنجیده شد، چنین تاثیری مشاهده نشد، لذا توصیه به سنجش اثرات طولانی مدت در مطالعات آینده می شود.

همسو با مطالعه بنائیان و همکاران (۲۰)، در مطالعه حاضر وجود یا سابقه ناراحتی در سینه با انجام ماموگرافی غیرتشخیصی ارتباط معنی داری را نشان داد ($P=0/03$) بطوریکه این افراد، ۶/۷ برابر ($CI_{95\%}= 1/2-13/4$) احتمال بیشتری برای انجام ماموگرافی داشتند که بیانگر ارتباط خطر درک شده زنان با انجام ماموگرافی می باشد. نتیجه یک مطالعه متاآنالیز نیز نشان داد که خطر درک شده قویتر با سطوح بالایی از انجام غربالگری با ماموگرافی در ارتباط می باشد (۳۰).

همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه VIVOHO (۲۰۰۶) بعد از آموزش بر پایه مدل اعتقاد بهداشتی، آگاهی گروه مداخله در رابطه با خودآزمایی پستان افزایش معنی داری را نشان داد (۱۹). در مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۸۷)، قبل از آموزش، ۲۳ درصد شرکت کنندگان آگاهی مطلوب و ۴۸ درصد آگاهی نامطلوب داشتند، در حالیکه بعد از مداخله آموزشی بر پایه HBM، آگاهی ۶۲ درصد نمونه‌ها مطلوب و ۷ درصد نامطلوب بود (۱۲). در مطالعه رحمتی (۱۳۸۱) نیز مقایسه آگاهی قبل و بعد از آموزش بر اساس HBM در رابطه با روش‌های غربالگری سرطان پستان در بین دانشجویان، تفاوت معنی داری را نشان داد (۲۱) که همگی بیانگر اهمیت آموزش و تأثیر آن بر افزایش آگاهی می باشد. همبستگی مشاهده شده بین آگاهی و عملکرد در مطالعه حاضر، لزوم آموزش مکرر و دوره‌ای را بر تغییر رفتارهای غربالگری غیرقابل اجتناب می نماید.

در ارتباط با عقاید بهداشتی افراد شرکت کننده در پژوهش، گروه کنترل در پیش آزمون بطور معنی داری موانع درک شده کمتر ($P<0/001$) و شدت و تهدید درک شده بیشتر نسبت به گروه مداخله داشتند (به ترتیب $P<0/001$ و $P=0/04$). در پس آزمون، به دلیل کاهش نسبی موانع درک شده و افزایش چشمگیر شدت و تهدید درک شده زنان گروه مداخله نسبت به سرطان پستان و روش‌های غربالگری آن، اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه مشاهده نگردید. یافته‌های فوق بیانگر آنست که آموزش بر درک صحیح، تأثیر مثبتی داشته است. همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه رحمتی (۱۳۸۱) و Hacıhasanoglu و Gozum (۲۰۰۸)، افزایش معنی داری در منافع، شدت و تهدید درک شده به دنبال آموزش مشاهده گردید (۲۱ و ۲۲)، اما در مطالعه VIVOHO (۲۰۰۶)، شدت درک شده گروه مداخله، قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی داری را نشان نداد (۱۹).

در مطالعه حاضر، حساسیت درک شده گروه مداخله، قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی داری نداشت که متناقض با یافته‌های مطالعات قبلی مبنی بر افزایش حساسیت درک شده به دنبال آموزش است (۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳). البته در بعضی مطالعات نیز کاهش حساسیت درک شده به دنبال آموزش گزارش گردیده است (۲۴، ۲۵). افزایش حساسیت درک شده گروه کنترل در مطالعه حاضر، همسو با مطالعه VIVOHO (۲۰۰۶) می باشد (۱۹) که احتمالاً انجام پیش آزمون منجر به حساس سازی افراد گروه کنترل نسبت به موضوع گردیده است.

برخلاف مطالعات قبلی (۲۱، ۲۲)، در این مطالعه کاهش معنی داری در موانع ادراکی زنان گروه مداخله بدنال آموزش مشاهده نگردید. این در حالیست که موانع درک شده گروه کنترل در پس آزمون افزایش نشان داد، هر چند به لحاظ آماری معنی دار نبود ($P=0/13$). در مطالعه VIVOHO (۲۰۰۶)، موانع درک شده انجام

نتیجه‌گیری

برنامه آموزشی تدوین شده بر اساس نیازسنجی، متناسب با فرهنگ و بر پایه مدل اعتقاد بهداشتی تا حدودی در تغییر عقاید بهداشتی و رفتارهای غربالگری مفید بوده، در برنامه‌های آموزشی آینده، تمرکز بر افزایش حساسیت ادراکی و کاهش موانع درک شده جهت افزایش عملکرد موثر بنظر می‌رسد. از آنجا که در این مطالعه، اثر کوتاه مدت مداخله سنجیده شد، پیشنهاد می‌گردد مطالعه دیگری با دوره پیگیری ۹ تا ۱۲ ماه صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله، حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز مدیریت سلامت کشوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز (NPMC) می‌باشد. از همکاری‌ها و حمایت مالی آن مرکز و مسولین و کادر محترم مراکز بهداشتی-درمانی تبریز و نیز افراد مورد پژوهش، نهایت تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- World Health Organization. Breast cancer: prevention and control, 2010. Available from: www.who.int (Accessed Oct. 2010).
- Ries LAG, Harkins D, Krapcho M, Mariotto A, Miller BA, Feuer EJ, et al. SEER Cancer Statistics Review 1975-2003. National Cancer Institute, 2005. Available from: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2003 (Accessed November 2005).
- World Health Organization. Raising awareness about breast cancer, 2009. Available from: podcast@who.int (Accessed Oct. 2010).
- Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De Angelis R, Capocaccia R, et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncology* 2008; **9**: 730-756.
- Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A, Momtahan AJ. Breast cancer in Iran: results of a multi-center study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2004; **5**(1): 24-27.
- Sadjadi A, Nouraei M, Ghorbani A, Alimohammadian M, Malekzadeh R. Epidemiology of breast cancer in the Islamic Republic of Iran: first results from a population-based cancer registry. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2009; **15**(6): 1426-1431.
- Calculation of burden of breast cancer in Iran, 2003 [editorial]. *Aftab Newspaper*. Available from: www.aftab.ir (Accessed Aug. 2008).
- Breast cancer: One of the most common cancers among Iranian women [editorial]. *Independent Newspaper of Iran (Afarinesh)*. Code No: 3282 (Accessed Apr. 2009).
- Abedzadeh M, Sadat Z, Saberi F. [A survey on knowledge, attitude and practice regarding breast cancer and screening methods in Kashan women, 2001]. *Feyz* 2003; **26**: 85-92 (Persian).
- Yavari P, Mehrabi Y, Aminpour Hoseingholi M. [Knowledge and practice of women regarding BSE: a case-control study]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2005; **5**(4): 371-379 (Persian).
- Alam AA. Knowledge of breast cancer and its risk and protective factors among women in Riyadh. *Ann Saudi Med* 2006; **26**(4): 272-277.
- Karimi M, Hasani M, Khorrami R, Ghaffari M, Niknami Sh. [The effect of educational program based on HBM on BSE among health mediators of Zarandieh, 2007]. *Tabibe Sharg* 2008; **10**(4): 281-289 (Persian).
- Tahvildari S, Mohaghegi MA, Mohammad K. [The application of HBM on education of BSE]. *Toloue Behdasht* 2003; **12**(3): 35 (Persian).
- Whitney B, Laufman L, Lynch GR, Weinberg AD. Increasing Mammography Screening through Inpatient Education. *Journal of Cancer Education* 2005; **20**(4): 247-250.
- Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing and Health* 1999; **22**(4): 341-348.
- Gray G. Factors related to practice of breast self examination in rural women. *Cancer Nursing* 1990; **13**(2): 100-107.
- Canbulat N, Uzun O. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 2008; **12**: 148-156.
- Ho V, Yamal JM, Atkinson EN, Basen-Engquist K, Tortolero-Luna G, Follen M. Predictors of breast and cervical screening in Vietnamese Women in Harris County, Houston, Texas. *Cancer Nursing* 2005; **28**(2): 119-131.
- VI VO, HO T. effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnams American women. *A Dissertation for the Degree of PhD*, Texas University, College of Nursing, 2006; PP: 125-170.
- Banaeian SH, Kazemian A, Kheiri S. [Knowledge, attitude and practice of women referring to health centers of Brojen regarding breast cancer screening and its effect factors, 2005]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2005; **7**(4): 28-34.
- Rahmati Najjar Kolaei F. [The role of education based on HBM on knowledge and attitude of dormitory students of Tehran University regarding prevention of breast cancer]. *A Dissertation for the Dgree of MSc*, Iran university of Medical Sciences, College of Health, 2002; PP: 55-90 (Persian).
- Hacihanoglu R, Gozum S. The effects of training on the knowledge levels and beliefs regarding BSE on

- women attending a public education center. *European Journal of Oncology Nursing* 2008; **12**: 58-64.
23. Akcay D, Gozum S, Kucukodaci B, Mert S. The effect of the education given in different ways on the level of knowledge and the health beliefs of women about the breast examination and screening. The National and International T.S.K congress of Nursing, 2005; 25-27.
24. Aydin Avci I, Gozum S. Comparison of two different educational methods on teachers' knowledge, beliefs and behaviors regarding breast cancer screening. *European Journal of Oncology Nursing* 2009; **13**(2): 94-101.
25. Lu ZJ. Effectiveness of breast self-examination nursing interventions for Taiwanese community target groups. *Journal of Advanced Nursing* 2007; **34**(2): 163-170.
26. Yi J, luong KN. Apartment – based breast cancer education program for low income Vietnamese American women. *Journal of Community Health* 2005; **30**(5): 345-353.
27. Nguyen T, Vo P, Mcphee S, Jenkins C. Promoting early detection of breast cancer among Vietnamese American women. *Cancer Supplement* 2001; **91**(1): 267-273.
28. Bird J, Mcphee S, Ha N Le B, Davis T, Jenkins C. opening pathways to cancer screening for Vietnamese American women: Lay health workers hold a key. *Preventive Medicine* 1998; **2**: 821-829.
29. Secginli S, Nahcivan N. Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2006; **43**(2): 161-171.
30. Katapodi MC, Lee KA, Facione NC, Dodd MJ. Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived risk and breast cancer screening: a meta analytic review. *Prev Med* 2004; **38**: 388-402.
31. U.S. Department of Health and Human Services. *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*. 2nd ed. US, National Institutes of Health Pub, 2005; PP: 13.