مقاله اصیل پژوهشی

مقایسه تأثیر روشهای آموزش بهداشت در ارتقای خودآزمایی پستان

فاطمه صادق‌نژاد[1]- دکتر شمس‌الدین نیکنامی[2]- دکتر محتشم غفاری[3]

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان، شایعترین سرطان در میان زنان است و از هر هفت زن، یک نفر در خطر ابتلا به سرطان پستان قرار دارد. تشخیص زودرس این بیماری در درمان آن بسیار مؤثر است. یکی از روشهای غربالگری سرطان پستان، خودآزمایی پستان (Breast Self Examination: BSE) است. با آموزش این روش ساده به زنان، آنان می‌توانند در ۹۰٪ موارد توده‌های سرطانی را در پستان خود تشخیص دهند و بموقع درمان شوند. این مطالعه به منظور بررسی میزان تأثیر روشهای آموزشی بر آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به خود آزمایی پستان و مقایسه اثر این روشها انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه نیمه تجربی، ۹۰ نفر از زنان بالای ۴۰ سال مراجعه‌کننده به کلینیک شهید کلانتری تهران، در سه گروه ۳۰ نفره مورد پژوهش قرار گرفتند که دو گروه از آنها به روش بحث گروهی و روش ترکیبی (فیلم، سخنرانی، و رو در رو) تحت آموزش BSE قرار گرفتند و ۳۰ نفر نیز به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل چهار قسمت مشخصات فردی، سؤالات آگاهی، نگرش، عملکرد و یک فهرست کنترل مشاهده‌ای جهت انجام BSE بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمونهای آماری پارامتریک (آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی زوج) و ناپارامتریک (ویلکاکسون، کروسکالوالیس، و خی دو) در سطح معنی‌داری P≤۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد آموزش با هر دو روش بحث گروهی و ترکیبی، باعث بالا رفتن سطح آگاهی، نگرش و عملکرد زنان در مورد خودآزمایی پستان می‌شود (P=۰/۰۰۰)؛ همچنین آنالیز واریانس‌ها نشان داد که سطح آگاهی، نگرش و عملکرد در آزمون نهایی دو گروه تحت آموزش تفاوت معنی‌داری با گروه شاهد دارد (P=۰/۰۰۰). آزمون همبستگی ارتباط معنی‌داری را بین مشخصات فردی و KAP (آگاهی، نگرش، و عملکرد) زنان نشان نداد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، در مورد اثر آموزش بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد زنان نسبت به BSE، استفاده از هر نوع امکانات آموزشی اعم از آموزش فردی، گروهی، روشهای سمعی- بصری در مراکز بهداشتی، درمانی مفید می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: خودآزمایی پستان؛ آموزش بهداشت؛ غربالگری؛ آگاهی؛ نگرش؛ عملکرد

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۵؛ شماره ۴؛ زمستان ۱۳۸۷)

دریافت: ۱۳۸۶/۸/۱۳ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۱۰/۱۵ پذیرش: ۱۳۸۷/۲/۱۷

[1] دانش‌آموخته کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

[2] نویسنده مسؤول؛ دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

آدرس: تهران- تقاطع چمران و جلال‌آل‌احمد- دانشگاه تربیت مدرس- دانشکده علوم پزشکی- گروه آموزش بهداشت- کدپستی ۱۴۱۱۷۱۳۱۱۶

تلفن: ۰۲۱-۸۸۰۱۱۰۰۱ داخلی ۳۵۴۹ نمابر: ۰۲۱-۸۸۰۱۳۰۳۰ پست الکترونیکی: niknami6@yahoo.com

[3] استادیار گروه آموزش بهداشت و خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه

سرطان پستان از شایعترین سرطان‌هایی است که زنان در سراسر دنیا به آن مبتلا می‌شوند (۱-۳). طی سالیان متمادی سرطان پستان عمده‌ترین دلیل مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان بوده است. در سالهای اخیر در برخی از جوامع غربی به علت شیوع مصرف سیگار در بین زنان، مرگ و میر ناشی از سرطان ریه از سرطان پستان پیشی گرفته است ولی همچنان در بسیاری از کشورها سرطان پستان عمده‌ترین دلیل مرگ زنان در سنین ۳۵ تا ۵۴ سالگی است (۴). به گزارش انجمن سرطان آمریکا بیش از ۲۱۲۹۲۰ مورد جدید سرطان پستان در سال ۲۰۰۵ میلادی در آمریکا شناخته شده و ۴۰۹۷۰ نفر به همین دلیل جان خود را از دست داده‌اند. از هر هفت زن یک نفر در معرض ابتلا به این سرطان قرار دارد (۵). به گزارش سازمان جهانی بهداشت سالیانه یک تا دو درصد به میزان بروز این سرطان در جهان افزوده می‌شود و بر اساس بررسیهای انجام شده، تقریباً نیمی از موارد شناسایی شده در کشورهای در حال توسعه می‌باشد (۷،۶). در کشور ایران نیز این بیماری، در رأس سرطان‌های زنان قرار دارد. به گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در سال ۱۳۷۴ سرطان پستان در میان سرطان‌های شایع زنان رتبه دوم را داشته است؛ در حالی که در سال ۱۳۷۵ به مقام اول صعود کرد. روند رو به رشد این بیماری در ایران همچنان ادامه دارد (۹،۸). به گزارش مرکز مدیریت بیماریهای وزارت بهداشت در سال۱۳۸۲، سرطان پستان با شیوع ۱۵/۹٪ رتبه اول را به خود اختصاص داده است (۱۰).

بروز سرطان پستان ارتباط زیادی با سن دارد. به گزارش انجمن سرطان آمریکا کمترین میزان بروز آن در میان زنان ۲۰-۴۰ سال و بیشترین میزان بروز آن در زنان ۷۵-۷۹ ساله است. میانگین سنّی تشخیص سرطان پستان ۶۱ سال است و این بدان معنی است که تنها ۵۰٪ موارد جدید بیماری در زیر ۶۱ سال اتفاق می‌افتد (۱۱). به گزارش انجمن سرطان آمریکا از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۲، ۹۵٪ موارد جدید و ۹۷٪ مرگ و میرها در زنان بالای ۴۰ سال بوده است (۱۲).

متأسفانه سن شروع سرطان پستان در کشور ایران همچون دیگر کشورهای در حال توسعه، پایین‌تر از کشورهای پیشرفته است. شایعترین سنّ مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در ایران ۴۰ تا ۴۹ سالگی است؛ در حالی که در کشورهای پیشرفته بعد از یائسگی است؛ بنابراین در ایران حداقل یک دهه پایین تر از کشورهای پیشرفته است و با توجه به نقش محوری زنان در این سن در خانواده و جامعه، مرگ و میر و ناتوانی ناشی از بیماری صدمات جبران‌ناپذیری به جامعه و خانواده وارد می‌کند (۱۳).

از دیگر عوامل خطرساز سرطان پستان، می‌توان به سابقه فامیلی، سنّ اولین حاملگی، شروع زودرس قاعدگی و پایان دیررس آن، چاقی بعد از یائسگی، مصرف هورمون بعد از یائسگی، مصرف الکل و بی‌تحرکی فیزیکی اشاره کرد (۱۴).

متأسفانه سرطان پستان درمان قطعی ندارد و هنوز مطالب زیادی در مورد پیشگیری از آن نمی‌دانیم (۱۵). این بیماری از نظر بالینی از یک مرحله مخفی طولانی عبور می‌کند و حدود ۸ تا ۱۰ سال طول می‌کشد تا یک سلول سرطانی به تومور قابل لمس تبدیل شود؛ بنابراین با شناسایی و تشخیص این توده‌ها در مراحل اولیه، می‌توان جان بیماری را از مرگ نجات داد (۱۴). از نظر علائم و نشانه‌های بیماری باید گفت، وقتی تومور کوچک است، هیچ علامتی ندارد و وقتی تومور به اندازه کافی بزرگ شد که لمس شود، درد ندارد؛ پس مهمترین علامت، در واقع وجود توده بدون درد است؛ البته ممکن است علائمی غیر شایع شامل درد، تغییر قوام پستان مثل سفتی، ورم، قرمزی، بدشکلی و خارش و سوزش پوست، فرو رفتگی نوک پستان و ترشح خودبه‌خودی وجود داشته باشد (۱۵).

در صورتی که این بیماری در مراحل اول (Stage 1)، یعنی زمانی که سرطان محدود به پستان است، تشخیص داده شود، ۷۵ تا ۹۰٪ از زنان از زندگی پنج ساله سالمی برخوردار خواهند بود؛ چنانچه در مرحله دوم بیماری (Stage 2) که

سرطان به غدد لنفاوی دست‌اندازی کرده است، تشخیص داده شود، احتمال بقای پنج ساله بیماری به ۱۶٪ کاهش می‌یابد.

جهت تشخیص زودرس سرطان پستان سه روش غربالگری پیشنهاد شده است؛ روشهای معمول غربالگری و تشخیص زودرس آن به ترتیب اهمیت عبارتند از: ماموگرافی، معاینه کلینیکی پستان*(CBE) و خودآزمایی پستان †(BSE) (۱۶).

از این میان خودآزمایی پستان یکی از ارکان اصلی غربالگری سرطان است؛ به طوری که این روش در سال ۱۹۵۰ توسط انجمن سرطان آمریکا به عنوان یک روش سالم، ارزان و غیرمهاجم جهت پیشگویی سرطان پستان، توصیه شد (۱۷). منظور از خودآزمایی پستان امتحان و آزمایش کردن پستان بعد از عادت ماهانه است؛ به دلیل این که در این زمان بافت پستان نرم است و فرد می‌تواند بافت طبیعی را از غیرطبیعی تشخیص دهد (۱۸).

BSE به آگاهی و مهارت زنان بستگی زیادی دارد و کسی که می‌خواهد از آن به عنوان یک روش تشخیصی استفاده کند، بایستی دستورالعمل انجام آن را بخوبی فرا گیرد و با ظاهر و لمس پستان خود کاملاً آشنا شود تا با کوچکترین تغییری، آن را به پزشک خود اطلاع دهد (۱۹). با توجه به این که در ۹۰٪ موارد توده‌های پستانی توسط خود افراد شناسایی می‌شوند، آموزش صحیح خودآزمایی پستان، از اهمیت اساسی برخوردار است و انجام صحیح و تأثیر آن در غربالگری سرطان پستان وابسته به آموزش زنان و تداوم آموزش به طرق مختلف است (۲۰).

با توجه به مطالعات انجام شده، سطح آگاهی بانوان از علائم سرطان پستان و خودآزمایی پستان به عنوان یک روش تشخیص زودرس، پایین می‌باشد و همچنین عوامل روانی و اجتماعی از جمله ترس از سرطان، نداشتن وقت کافی، فراموش‌کاری از موانع انجام این مهمّ است (۲۱)؛ بنابراین برای آن که انجام BSE به یک حدّ مطلوب از نظر کیفیت و استمرار برسد، استفاده مناسب از روشهای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ضروری می‌باشد (۲۲).

بدیهی است روشهای آموزشی مختلف در زمینه موضوعات بهداشتی که در مطالعه حاضر خودآزمایی پستان می‌باشد، دارای تأثیرات متفاوتی هستند و تعیین مؤثرترین و مناسب‌ترین روشها می‌تواند نقش بسزایی در کاهش هزینه‌ها و نیز دوباره‌کاریها در طراحی و اجرای مداخلات آموزشی داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان تأثیر دو روش آموزشی (بحث گروهی- ترکیبی) بر ارتقای BSE در زنان و در مرحله بعدی مقایسه تأثیر روشهای یاد شده و معرفی و ارائه مؤثرترین روش در این زمینه انجام گرفته است. امید است یافته‌های این تحقیق، راهکارهایی کاربردی در اختیار دست‌اندرکاران خدمات بهداشتی، درمانی، به منظور ارتقای سلامت جمعیت زنان جامعه قرار دهد.

روش تحقیق

این مطالعه یک تحقیق نیمه‌تجربی از نوع آزمون- شاهدی است. در این پژوهش تعداد ۹۰ نفر از زنان بالای ۴۰ سال مراجعه‌کننده به کلینیک شهید کلانتری شهر تهران مورد پژوهش قرار گرفتند. انتخاب زنان بالای ۴۰ سال در این مطالعه به این دلیل بود که میزان بروز و مرگ و میر ناشی از سرطان پستان با بالا رفتن سن در زنان افزایش می‌یابد و سن بالای ۴۰ سال به عنوان جمعیت هدف برای غربالگری سرطان پستان محسوب می‌شود (۲۳،۱۵).

به منظور انتخاب نمونه‌ها، طبق هماهنگی قبلی، تمام مراجعه‌کنندگان به بخشهای مختلف کلینیک (داخلی، ارتوپدی، دندانپزشکی و ...) در طول یک هفته، که شرایط ورود به مطالعه حاضر را نیز داشتند به واحد زنان کلینیک معرفی شدند که پس از گرفتن شرح حال توسط کارشناسان واحد، در مجموع ۹۰ زن بالای ۴۰ سال به صورت داوطلبانه وارد مطالعه شدند. نمونه‌های پژوهش در سه گروه ۳۰ نفره به روش انتخاب تصادفی با عناوین آموزش به روش بحث

* *Clinical Breast Examination (CBE)*
† *Breast Self Examination*

گروهی، آموزش به روش ترکیبی و گروه شاهد در نظر گرفته شدند. در این مطالعه افرادی که بیماری جدّی پستان داشتند، به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب نشدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه و یک فرم بازنگری (چک‌لیستی) شامل شش گزینه جهت سنجش نحوه انجام BSE بود که در دو مرحله مقدماتی و نهایی مورد استفاده قرار گرفتند. پرسشنامه این پژوهش شامل سؤالات آگاهی (شامل ۱۷ سؤال)، نگرش (شامل ۱۰ سؤال) و عملکرد (شامل ۶ سؤال) و نیز مشخصات فردی (شامل ۶ سؤال) بود. نحوه نمره‌گذاری در سؤالات قسمت آگاهی به صورت صفر (برای انتخابهای غلط) و ۱ (برای انتخابهای صحیح)، در سؤالات قسمت نگرش به صورت صفر (برای نظرهای مخالف) و ۰/۵ (برای نظرهای ممتنع) و ۱ (برای نظرهای موافق)، در سؤالات قسمت عملکرد به صورت صفر (برای عدم انجام رفتار) و ۱ (برای انجام رفتار) انجام شد.

نمره‌دهی در مورد فرم‌های بازنگری همانند سؤالات قسمت عملکرد انجام شد. روایی پرسشنامه با استفاده از روش اعتبار محتوی و توسط اساتید متعددی از دانشگاه تربیت مدرس، شهید بهشتی و تهران تأیید گردید. پایایی ابزار به دو روش آزمون- آزمون مجدّد و آلفای کرونباخ انجام گردید؛ به این صورت که برای پرسشنامه آگاهی از روش اول استفاده شد و مقدار ضریب r در این روش ۰/۷۷ بدست آمد. برای پرسشنامه نگرش، روش α به کار رفت. مقدار α برای این پرسشنامه ۰/۶۵ بود که با این مقدار پایایی ابزار مورد قبول می‌باشد.

در این مطالعه ابتدا برای سنجش میزان آگاهی، نگرش و عملکرد زنان نسبت به خودآزمایی پستان، از گروههای آزمودنی و گروه شاهد یک آزمون مقدماتی (Pre-test) به عمل آمد. در مورد تکمیل فرم‌های بازنگری، این گونه عمل شد که افراد مورد مطالعه به طور انفرادی و در یک اتاق اختصاصی BSE را به صورت واقعی انجام می‌دادند و خود پژوهشگر (که تخصص مامایی داشت)، پس از مشاهده کامل نحوه انجام BSE فرم بازنگری مربوطه را تکمیل می‌نمود؛ سپس گروههای آزمون تحت مداخله آموزشی قرار گرفتند.

آموزش خودآزمایی پستان در گروه اول با روش بحث گروهی انجام شد و در گروه دوم ترکیبی از همه روشها (فیلم، سخنرانی، و چهره به چهره) استفاده شد. در گروه سوم به عنوان گروه شاهد هیچ گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. آزمون ثانویه یک ماه بعد از اتمام آموزش به عمل آمد؛ در نهایت نتایج دو آزمون در هر سه گروه مورد مقایسه قرار گرفت.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS (12.0) و آزمونهای آماری پارامتریک (آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی زوج) و ناپارامتریک (ویلکاکسون، کروسکالوالیس، و خی دو) در سطح معنی‌داری $P\leq ۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

لازم بود که در ابتدای پژوهش در مرحله آزمون اولیه، گروههای مورد مطالعه از نظر متغیرهای اصلی مانند آگاهی، نگرش و عملکرد، همسان‌سازی (Matching) شوند که از آزمونهای آماری آنالیز واریانس و کروسکالوالیس به همین منظور استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که از میان ۹۰ نفر نمونه‌های مورد پژوهش، ۸۳ نفر (۹۲/۳٪) متأهل و ۷ نفر مجرّد بودند. از نظر شغل، ۷۸/۹٪ خانه‌دار و ۲۱/۱٪ شاغل بودند. از نظر میزان تحصیلات، ۵۰٪ دارای مدرک دیپلم و ۴۱/۱٪ زیردیپلم بودند؛ تنها ۶/۷٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند و ۲ نفر از نیز بی‌سواد بودند.

در ارتباط با سابقه فامیلی، ۷۱ نفر (۷۸/۹٪) از واحدهای پژوهش سابقه فامیلی نداشتند و ۱۶/۷٪ سابقه بیماری را در بستگان درجه سه و آشنایان ذکر کردند؛ ۲ نفر سابقه بیماری را در بستگان درجه دو و ۲ نفر در اقوام درجه یک ذکر کردند؛ همچنین در مجموع ۲۴ نفر از زنان دارای سابقه بیماریهای خوش‌خیم مثل فیبروکیستیک، آبسه، و ... بودند. آمار توصیفی مربوط به متغیرهای فردی فوق‌الذکر، به تفکیک هر سه گروه

مورد مطالعه در جدول ۱ آورده شده است. بر اساس نتایج این جدول، گروههای مورد مطالعه از نظر متغیرهای فردی به جز در مورد سطح تحصیلات همگون بودند و تفاوت معنی‌داری نشان ندادند.

در ارتباط با بررسی تأثیر آموزش بر امتیازات آگاهی، نگرش و عملکرد زنان قبل و بعداز آموزش، میانگین نمرات آگاهی زنان مورد بررسی در رابطه با بیماری سرطان پستان و BSE، قبل از آموزش در سه گروه شاهد، بحث گروهی و ترکیبی (فیلم، سخنرانی، چهره به چهره) به ترتیب ۱۴/۷۱، ۱۳/۲۱ و ۱۴/۴۸ بود که میانگین نمرات آگاهی بعد از آموزش برای سه گروه به امتیازهای ۱۷/۲۳، ۲۰/۴۸ و ۲۰/۲۰ تغییر پیدا کرد. آزمون تی زوجی نشان داد که اختلاف معنی‌داری (P=۰/۰۰۰) بین میزان آگاهی نمونه‌های پژوهش قبل و پس از آموزش در هر دو گروه تحت آموزش وجود دارد؛ در حالی که بین میانگین نمرات آگاهی گروه شاهد اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (P=۰/۳۰۹).

در ارتباط با تعیین میزان نگرش نمونه‌های پژوهش قبل و بعد از آموزش، میانگین نمرات نگرش مثبت زنان مورد پژوهش قبل از آموزش در سه گروه ترکیبی، بحث گروهی و شاهد، به ترتیب ۸/۰۵، ۸/۲۱ و ۷/۸ بود که بعد از آموزش در سه گروه ذکر شده به ۹/۰۶، ۹/۳۱ و ۸/۱۰ تغییر پیدا کرد. در ارتباط با بررسی نقش آموزش در ارتقای نگرش مثبت در زنان نسبت به BSE، اختلاف معنی‌داری بین سطح نگرش نمونه‌ها قبل و بعد از آموزش در دو گروه آموزش‌دیده وجود داشت (P=۰/۰۰۰)؛ این تفاوت در گروه شاهد معنی‌دار نبود (P=۰/۲۳۳)؛ همچنین میانگین نمرات عملکرد قبل از آموزش در گروه ترکیبی، بحث گروهی و شاهد به ترتیب ۱/۱، ۰/۹ و ۱ بود که بعد از آموزش به ۲/۶۳، ۲/۷ و ۰/۹۳ تغییر پیدا کرد. نتایج این مطالعه تفاوت معنی‌داری را در نمرات عملکرد هر دو گروه مورد آموزش نشان داد (P=/۰۰۰)؛ در حالی که در گروه شاهد اختلاف معنی‌داری بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون

جدول ۱- آمار توصیفی متغیرهای فردی به تفکیک سه گروه مورد مطالعه و مقایسه گروهها با استفاده از آزمون آماری خی دو

متغیر	گروه	شاهد (تعداد: ۳۰ نفر)	بحث گروهی (تعداد: ۳۰ نفر)	ترکیبی (تعداد: ۳۰ نفر)	سطح معنی‌داری آزمون خی دو
وضعیت تأهل	مجرّد	۴	۲	۱	۰/۳۴
	متأهل	۲۶	۲۸	۲۹	
وضعیت شغلی	خانه‌دار	۲۱	۲۴	۲۶	۰/۲۸
	شاغل	۹	۶	۴	
وضعیت تحصیلی	بی‌سواد	۰	۱	۱	۰/۰۳
	زیردیپلم	۱۹	۶	۱۲	
	دیپلم	۱۱	۱۹	۱۵	
	تحصیلات دانشگاهی	۰	۴	۲	
سابقه فامیلی	بدون سابقه فامیلی	۲۵	۲۸	۲۳	۰/۲۱
	بستگان درجه یک	۰	۰	۲	
	بستگان درجه دو	۱	۰	۱	
	بستگان درجه سه و آشنایان	۴	۲	۴	
سابقه بیماری	ندارد.	۲۰	۲۳	۲۳	۰/۵۹
	دارد.	۱۰	۷	۷	

عملکرد مشاهده نشد (P=۰/۴۳۳) و بالاخره این که نمرات فرم بازنگری در افراد سه گروه ترکیبی، بحث گروهی و شاهد به ترتیب ۱/۷۳، ۱/۴۶، ۲/۲ بود که بعد از آموزش به ۴/۹، ۵/۲، ۲/۳ تغییر یافت. یافته‌های تحقیق تفاوت معنی‌داری را در میانگین نمرات فرم بازنگری قبل و بعد از آموزش در هر دو گروه ترکیبی و بحث گروهی نشان داد (P=/۰۰۰)؛ در گروه شاهد این تفاوت مشاهده نشد (جدول ۲).

در این مطالعه همچنین ارتباط بین آگاهی با نگرش و عملکرد نمونه‌های پژوهش با استفاده از آزمون همبستگی بررسی شد؛ این آزمون نشان داد بین آگاهی و نگرش قبل از آموزش (P=۰/۰۱۳) و آگاهی و نگرش بعد از آموزش (P=۰/۰۰۲) ارتباط معنی‌داری وجود دارد؛ همچنین آزمون همبستگی بین آگاهی و عملکرد بعد از آموزش (P=۰/۰۰۵) و نگرش و عملکرد بعد از آموزش (P=۰/۰۰۰۱) ارتباط معنی‌داری را نشان داد.

جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش، عملکرد و فرم بازنگری خودآزمایی پستان قبل و بعد از آموزش در گروههای مورد مطالعه

متغیر	گروه	موقعیت	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
آگاهی	شاهد	قبل از آموزش	۱۴/۷۱	۴	۰/۳۰۹
		بعد از آموزش	۱۷/۲۳	۱۳/۵	(آزمون تی زوج)
	بحث گروهی	قبل از آموزش	۱۳/۲۱	۵۰/۰۵	۰/۰۰۰
		بعد از آموزش	۲۰/۴۸	۱/۹	(آزمون تی زوج)
	ترکیبی (فیلم، سخنرانی، چهره به چهره)	قبل از آموزش	۱۴/۴۸	۴	۰/۰۰۰
		بعد از آموزش	۲۰/۲۰	۳	(آزمون تی زوج)
نگرش	شاهد	قبل از آموزش	۷/۸	۱	۰/۲۳۳
		بعد از آموزش	۸/۱	۱/۷۹	(آزمون تی زوج)
	بحث گروهی	قبل از آموزش	۸/۰۵	۱/۴۹	۰/۰۰۱
		بعد از آموزش	۹/۰۶	۰/۸۲	(آزمون تی زوج)
	ترکیبی (فیلم، سخنرانی، چهره به چهره)	قبل از آموزش	۸/۲	۱/۴	۰/۰۰۰
		بعد از آموزش	۹/۳	۰/۶۲	(آزمون تی زوج)
عملکرد	شاهد	قبل از آموزش	۱	۰/۹۱	۰/۴۸۹
		بعد از آموزش	۰/۹۳	۰/۹۰	(آزمون تی زوج)
	بحث گروهی	قبل از آموزش	۰/۹	۰/۸۴	۰/۰۰۰
		بعد از آموزش	۲/۷	۰/۵۳	(آزمون ویلکاکسون)
	ترکیبی (فیلم، سخنرانی، چهره به چهره)	قبل از آموزش	۱/۱	۰/۷۱	۰/۰۰۰
		بعد از آموزش	۲/۶۳	۰/۹۱	(آزمون ویلکاکسون)
فرم بازنگری	شاهد	قبل از آموزش	۲/۲	۱/۵۸	۰/۴۳۳
		بعد از آموزش	۲/۳	۱/۵۴	(آزمون تی زوج)
	بحث گروهی	قبل از آموزش	۱/۷	۱/۵۰	۰/۰۰۰
		بعد از آموزش	۴/۹	۰/۹۰	(آزمون ویلکاکسون)
	ترکیبی (فیلم، سخنرانی، چهره به چهره)	قبل از آموزش	۱/۴	۱/۵۲	۰/۰۰۰
		بعد از آموزش	۵/۲	۰/۷۲	(آزمون تی زوج)

بر اساس نتایج مربوط به همسان‌سازی گروههای مورد مطالعه از نظر متغیرهای اصلی مانند آگاهی، نگرش و عملکرد، گروهها از نظر متغیرهای یاد شده همگون بودند و اختلاف معنی‌داری با یکدیگر نداشتند (جدول ۳)؛ در صورتی که بعد از آموزش، در مقایسه میزان تأثیر روشهای آموزشی با همدیگر، آنالیز واریانس با آزمون Post hoc از روش LSD تفاوت معنی‌داری را بین آگاهی سه گروه بعد از آموزش نشان داد (P=۰/۰۱۷) که این تفاوت ناشی از اختلاف آگاهی گروه شاهد با دو گروه دیگر بعد از آموزش است؛ همچنین این آزمون تفاوت معنی‌داری را بین نگرش سه گروه، بعد از آموزش نشان داد که این تفاوت نیز ناشی از اختلاف نگرش گروه شاهد با دو گروه دیگر بود (P=۰/۰۰۰). بر اساس آزمون آماری کروسکالوالیس، بعد از آموزش، اختلاف معنی‌داری بین سه گروه از نظر عملکرد و نیز امتیازات فرم بازنگری وجود داشت که البته این اختلاف ناشی از تفاوت بین گروه شاهد و دو گروه آموزش دیده بود (جدول ۴).

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش، عملکرد و امتیازات فرم بازنگری خودآزمایی پستان هر سه گروه قبل از آموزش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
آگاهی	شاهد	۱۴/۷۱	۴	۰/۴۰۵ (آزمون آنالیز واریانس)
	بحث گروهی	۱۳/۲۱	۵۰/۰۵	
	ترکیبی (فیلم، سخنرانی، چهره به چهره)	۱۴/۴۸	۴	
نگرش	شاهد	۷/۸	۱	۰/۵۷۶ (آزمون آنالیز واریانس)
	بحث گروهی	۸/۰۵	۱/۴۹	
	ترکیبی (فیلم، سخنرانی، چهره به چهره)	۸/۲	۱/۴	
عملکرد	شاهد	۱	۰/۹۱	۰/۷۱ (آزمون کروسکالوالیس)
	بحث گروهی	۰/۹	۰/۸۴	
	ترکیبی (فیلم، سخنرانی، چهره به چهره)	۱/۱	۰/۷۱	
فرم بازنگری	شاهد	۲/۲	۱/۵۸	۰/۱۶ (آزمون کروسکالوالیس)
	بحث گروهی	۱/۷	۱/۵۰	
	ترکیبی (فیلم، سخنرانی، چهره به چهره)	۱/۴	۱/۵۲	

جدول ٤- مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش، عملکرد و امتیازات فرم بازنگری خودآزمایی پستان هر سه گروه بعد از آموزش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
آگاهی	شاهد	۱۷/۲۳	۱۳/۵	۰/۰۰۰ (آزمون آنالیز واریانس)
	بحث گروهی	۲۰/۴۸	۱/۹	
	ترکیبی (فیلم، سخنرانی، چهره به چهره)	۲۰/۲۰	۳	
نگرش	شاهد	۸/۱	۱/۷۹	۰/۰۰۰ (آزمون آنالیز واریانس)
	بحث گروهی	۹/۰۶	۰/۸۲	
	ترکیبی (فیلم، سخنرانی، چهره به چهره)	۹/۳	۰/۶۲	
عملکرد	شاهد	۰/۹۳	۰/۹۰	۰/۰۰۰ (آزمون کروسکالوالیس)
	بحث گروهی	۲/۷	۰/۵۳	
	ترکیبی (فیلم، سخنرانی، چهره به چهره)	۲/۶۳	۰/۹۱	
فرم بازنگری	شاهد	۲/۳	۱/۵۴	۰/۰۰۰ (آزمون کروسکالوالیس)
	بحث گروهی	۴/۹	۰/۹۰	
	ترکیبی (فیلم سخنرانی، چهره به چهره)	۵/۲	۰/۷۲	

بحث

از نظر انتخاب سن بالای ۴۰ سال، این مطالعه مشابه مطالعه‌ای است که Packer و همکاران در سال ۱۹۹۹ به منظور بررسی مقایسه‌ای دو روش آموزش انفرادی و گروهی انجام دادند که درآن ۷۹ خانم بالای ۵۰ سال جهت مطالعه انتخاب شدند (۲۴) و نیز مطالعه Michielutte و همکاران در سال ۱۹۹۹ که زنان بالای۶۰ سال مورد مطالعه قرار گرفتند (۲۵).

انتخاب افراد سالم از نظر بیماری پستان، مشابه مطالعه Michielutte در سال ۱۹۹۹ است که افراد سالم و بدون بیماری مورد مطالعه قرار گرفتند (۲۵)؛ به طور کلی، در چنین مطالعاتی نوعی الزام منطقی وجود دارد که نمونه‌ها از میان افراد سالم انتخاب شوند؛ زیرا هدف از آموزش مهارت در این تحقیقات، تشخیص زودرس سرطان و به دنبال آن انجام اقدامات درمانی مربوطه است و زنانی که بیماری آنها تشخیص داده شده است، در محدوده هدف مذکور قرار نمی‌گیرند.

همان گونه که در نتایج مربوط به تأثیر آموزش بر امتیازات آگاهی، نگرش، عملکرد، و انجام مهارت زنان در سه گروه مشاهده گردید، آموزش به هر دو شیوه (بحث گروهی- ترکیبی) به طور معنی‌داری در ارتقا و بهبود سطح آگاهی، نگرش، عملکرد، و مهارتهای نمونه‌های پژوهش در رابطه با BSE و سرطان پستان در گروههای آزمون موفق بوده است که البته با توجه به انجام مداخله در این گروهها و عدم اجرای آموزش در گروه شاهد، یافته‌ای مورد انتظار بود. این نتیجه با یافته‌های برخی مطالعات داخلی و خارجی مرتبط با موضوع سرطان سینه و BSE مطابقت دارد (۱۳،۱۷،۲۱،۲۴،۲۶-۲۸).

نتایج برخی دیگر از مطالعات نیز درباره بررسی اثر آموزش بر آگاهی، نگرش، عملکرد در خصوص سرطان سینه و BSE، با یافته‌های تحقیق حاضر کاملاً همخوانی دارد (۲۰، ۲۹-۳۲).

بر اساس نتایج، بین آگاهی و نگرش قبل از آموزش (P=۰/۰۱۳) و آگاهی و نگرش بعد از آموزش (P=۰/۰۰۲) ارتباط معنی‌داری وجود داشت؛ این نتایج کاملاً طبیعی است و با یافته‌های بیشتر مطالعات KAP در خصوص موضوعات گوناگون بهداشتی (۲۰،۲۱،۲۶،۲۹-۳۲) همخوانی دارد؛ به عبارت دیگر سطح آگاهیهای افراد به طور مستقیم بر شکل‌گیری نگرشهای صحیح در آنها تأثیر می‌گذارد. در پژوهش حاضر نیز می‌توان گفت که بالا بودن سطح آگاهی زنان در مورد BSE موجب تغییر در نگرش آنان می‌شود که به نوبه خود بر انجام BSE تأثیر مثبتی می‌گذارد؛ همچنین آزمون همبستگی بین آگاهی و عملکرد بعد از آموزش و نگرش و عملکرد بعد از آموزش ارتباط معنی‌داری را نشان داد. از نظر ارتباط بین نگرش و انجام خودآزمایی پستان، نتایج این مطالعه مشابه مطالعه‌ای است که غضنفری در سال ۱۳۷۳ در کرمان انجام داده است (۳۳). نکته دیگری که یافته‌ها در مرحله قبل از آموزش نشان می‌دهد، این است که هرچند که داشتن دانش کافی در زمینه موضوعات بهداشتی شرط لازم برای رفتارهای انسان می‌باشد ولی همواره بین آگاهی و عملکرد افراد ارتباط مستقیم وجود ندارد؛ به عبارتی دیگر افرادی که آگاهی بالاتری دارند، الزاماً رفتارهای بهداشتی بالاتری ندارند؛ در این میان متغیر واسط اثرگذار دیگری به نام نگرش وجود دارد که رفتار را پیش‌بینی می‌کند و با ارتقای نگرش صحیح افراد است که می‌توانیم انتظار عملکرد مطلوب را داشته باشیم.

در مقایسه اثر بخشی دو نوع روش آموزشی، بعد از آموزش تفاوت معنی‌داری بین سه گروه از نظر امتیازات آگاهی، نگرش، عملکرد، و نحوه انجام خودآزمایی سینه وجود داشت که البته این تفاوت ناشی از اختلاف گروه شاهد با دو گروه دیگر است؛ بنابراین در پاسخ سؤال پژوهشی مبنی بر این که کدام روش آموزشی در ارتقای خودآزمایی پستان مؤثرتر است، باید گفت آزمونهای آماری تفاوت معنی‌داری بین دو روش بحث گروهی و ترکیبی نشان نمی‌دهد و تقریباً هر دو روش به یک اندازه باعث ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد

زنان در مورد خود آزمایی پستان شدند. انتظار طبیعی این بود که روش ترکیبی به دلیل بهره‌گیری از چند روش آموزشی (فیلم، سخنرانی، و چهره به چهره) به طور معنی‌داری مؤثرتر از روش بحث گروهی به تنهایی باشد. عدم دستیابی به این انتظار می‌تواند به دلیل ناهمگونی گروهها از نظر وضعیت تحصیلی و بالا بودن سطح تحصیلی گروه بحث گروهی نسبت به گروه ترکیبی باشد؛ شاید اگر دو گروه از نظر وضعیت تحصیلی تفاوت معنی‌داری نداشتند، یافته فوق به گونه‌ای دیگر و مطابق انتظار حاصل می‌شد. چنین احتمالاتی با انجام مطالعاتی دیگر در گروههای کاملاً همگن قابل بررسی است.

نتیجه‌گیری

در این تحقیق با توجه به پایین بودن سطح آگاهی زنان نسبت به خودآزمایی پستان و تأثیر آموزش بر ارتقای آن، پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزیهای وسیع آموزشی در جهت ارتقای سطح آگاهی زنان مربوط به سرطان پستان و مزایای خودآزمایی پستان به عنوان روش مؤثر در تشخیص زودرس آن صورت گیرد و همان‌گونه که مشاهده شد آموزش به هر شیوه‌ای می‌تواند به طور قابل ملاحظه‌ای در ارتقای سطح دانش، نگرش، عملکرد و نیز مهارتهای زنان در خصوص سرطان پستان و خودآزمایی سینه مؤثر و موفق باشد؛ بنابراین موجود نبودن شرایط و امکانات همه جانبه و کامل برای طراحی و اجرای مداخلات آموزشی در سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی، نمی‌تواند توجیهی برای عدم ارائه و انجام عنصر اساسی چنین سیستم‌هایی، یعنی "آموزش"، باشد.

کارکنان بهداشتی، درمانی می‌بایست با در نظر گرفتن ویژگیهای (جمعیتی، فرهنگی و ...) جمعیت هدف و با استفاده از امکانات موجود در هر منطقه، به هر شیوه‌ای که مناسب و مقدور باشد به امر آموزش زنان در زمینه مشکلات بهداشتی مربوطه بخصوص سرطان سینه اهتمام ورزند.

هرچند نتایج این مطالعه اثرات تقریباً یکسانی را برای دو نوع روش (بحث گروهی و ترکیبی) نشان می‌دهد ولی محققان این بررسی معتقدند که ادعای محکم بر این یافته، انجام تحقیقات دیگر در سایر جمعیت‌ها و گروههای سنی از دختران و زنان، با حجم نمونه‌های بیشتر، با گروههای کاملاً همگون، با طراحیهای نظام‌مند و ... را می‌طلبد.

در پایان، این تذکر به قوت خود باقی است که ضرورت جدّی برای برگزاری برنامه‌های آموزشی مدّون با بهره‌گیری از ترکیبی از روشهای آموزشی مناسب در زمینه سرطان سینه و خودآزمایی پستان در جمعیت‌ها و گروههای سنّی مختلف از دختران و زنان وجود دارد و باید بیش از پیش در جهت ارتقای سلامت زنان از دوران بلوغ تا بعد از یائسگی به امر آموزش توجه بیشتری مبذول گردد.

تقدیر و تشکر

از اساتید محترم گروه آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس بخصوص آقایان دکتر فضل اله غفرانی‌پور و دکتر علیرضا حیدرنیا و همچنین از مسؤولان و همکاران محترم کلینیک شهید کلانتری تشکر و قدردانی می‌گردد؛ همچنین از بانوان مشارکت‌کننده در مطالعه که صبورانه پژوهش حاضر را یاری داده و در دوره‌های آموزشی شرکت کردند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع:

1- Simonian KSD, Morillo VE, Marks S. Breast health and breast cancer information needs of young women and women of color 40 and older-monograph. Susan G, Komen foundation. Available From: http://www.Komen.org/intradocc-go/idc-cgi-isapi.dll/ , 2005.

2- Gazavi S, Familli M. Study of breast cancer in patients of educational hospitals 2000-2001. 14th annual conference of cancer institute, breast tumors congress, Tehran University of Medical Science. 2003. [Persian]

3- Davidson T. Abortion and breast cancer: a hard decision made harder. Lancet Oncol. 2001; 2 (12): 756-758.

4- Gitti M, Rahimian A, Kheradmand A. Diagnosis & treatment of breast diseases. 1st ed. Tehran: Rezvan Partou Press; 2002. [Persian]

5--The American Cancer Society (ACS). Cancer facts and figures. Atlanta GA. 2005; No 80-100.

6- Screening to prevent cancer death. Available From: http://www.cdc.com/prevent-health promotion/prevent cancer.html/, 2006.

7- Issued by International Agency for Research on Cancer (IARC). General information on breast cancer; statistics, incidence, survival and screening. World Health Organization, 2004.

8- Iran Ministry of Health &Medical Education. Health deputy, Family health office. Country plan of adult health and women prevalent cancers. 1st ed. Tehran: Ministry of Health & Medical Education; 2002. [Persian]

9- Iran Ministry of Health &Medical Education. Health deputy, Family health office, adult health and women office. Primary report of breast cancer screening. 1st ed. Tehran: ministry of health &medical education, 2000, p: 18-36. [Persian]

10- Iran Ministry of Health &Medical Education. Diseases management center, cancer office. Country report of cancer cases. Tehran: Kelk Zarrin Press; 2004. p: 16. [Persian]

11- Surveillance, Epidemiology and Results (SEER) program. Available at: http://seer.cancer.gov/statistics/, April 2005.

12- Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL. Cancer statistics Review: 1975-2004. Available From: http://seer.cancer.gov/csr/, 2005.

13- Harirchi A. Report of cancer record. Tehran University Public Relations. Breast Diseases Center. 1999. [Persian]

14- Fentiman IS. Fixed and modifiable risk factors for breast cancer. Int J Clin Prat. 2001; 55 (8): 527-530.

15- Herdy V. Education: a key factor in fighting breast cancer. New York: Inter press services; 1998. p:1.

16- Sandra Levy R, Ph S. Encouraged to expand breast cancer counseling. Drug Topics Magazine. 1999; 143: 44.

17- Bragg Leight S, Deiriggi P, Hursh D, Miller D, Leight V. The effect of structured training on breast self-examination search behaviors as measured using biomedical instrumentation. Nursing Res J. 2000; 49 (5): 283-289.

18- University of Pittsburgh Medical Center (UPMC). Breast Self-Exam (BSE). Available From: http://www.upmc.com/HealthManagement/, 2007.

19- Saslow D, Boetes C, Burke W, Harms S, Leach MO, Lehman CD, et al. American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group: American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. CA Cancer J Clin 2007; 57:75-89.

20- Hadizade Talasaz F, Lattifnejad R, Shamaian Razavi N. The study of educational intervention effects on BSE knowledge and practice among girl students. Ofogh-e- Danesh. 2002; 8 (2):67-74. [Persian]

21-Tahvildarri S. The study of application and modifying of health belief model on breast self examination. [PhD thesis for health education]. Tarbiat Modarres University. Tehran, Iran. 1999. [Persian]

22- Gorman C. The search for smaller tumor. New York Time. 2000; 155: 50.

23- Brett JC. NMS preventive medicine and public health. USA: Horwal Publishing; 1992.

24- Coleman EA, Pennypacker H. Measuring breast self examination proficiency. Cancer Nursing. 1991; 14 (4): 211-217.

25- Michielutte R, Dignan MB. Lannier SB. Psychosocial factors associated with the use of breast cancer screening by women age 60 years or over. Health Education Bbehavior. 1999; 26 (5): 625-647.

26- Gaderian P. The study of knowledge, attitude and practice on breast self examination. Tehran: Islamic Azad University; 1997. [Persian]

27- Agars GM, Murrey A. An evaluation of comparative strategies for teaching breast self examination. J Advance Nursing.1993; 18:1595-1603.

28- Ferro S, Careli A, Nanni O, Gambio A. A randomized trial on breast self examination in feanza (Northern Italy). Tumori.1996; 82: 328-334.

29- Shahvarri Z, Golizade L. The effect of breast self examination training on knowledge, attitude and practice among health centers intermediaries in Gachsaran. Iran Nursing Magazine. 2006; 19 (46):43-52. [Persian]

30- Ganbarri A, Atrcar Roshan Z. A comparative study for teaching breast self examination between compact CD and booklet in nursing and midwife students. Magazine of Gillan Medical University. 2003; 12 (48): 33-39. [Persian]

31-Vaez Zade N, Esmaelly Z. The effect of breast self examination training with Video tapes and direct teaching in women clients in Gaemshahr health centers. Magazine of Mazandarran Medical University. 2001; 11 (30): 22-27. [Persian]

32- Karrimi H, Sam SH. The effect of breast self examination training on knowledge and practice in Ramsar city. Babool Medical University. 2005; 7 (3): 61-68. [Persian]

33- Gazanfarri Z. The study of relationship between believes and attitudes on breast self examination and its practice in nurses of Kerman medical university. [MSc thesis in nursing course]. Kerman University of Medical Scieneces. Kerman, Iran. 1994. [Persian]

Title: Effect of health education methods on promoting breast self examination (BSE)

Authors: F. Sadeghnezhad[1], Sh. Niknami[2], M. Ghaffari[3]

Abstract

Background and Aim: Breast cancer is the most prevalent cancer among women, because one out of every seven women is prone to develop breast cancer. Early diagnosis of the disease has an effective role in its treatment. One of the screening methods is Breast Self-Examination (BSE). If this simple method is taught to women, they can diagnose malignant tumors in their breasts in 90 percent of cases and receive due treatment. This study was done to investigate the effects of various educational methods on knowledge, attitude, and practice of women regarding BSE and compare these effects.

Materials and Methods: In this quasi-experimental study 90 ladies over 40 years referring to Tehran Shahid Kalantari clinic were divided into three equal groups. One group (30 women) was taken as the control group and the other two as the cases. The following educational methods were applied to the two case groups respectively: A group discussion method, B. eclectic method (i.e. films, lectures, face-to-face-instruction, etc.). Data collection tools were a questionnaire consisting of demographic queries, KAP (knowledge, attitude, and practice) questions and a check-list for visible BSE performing on the part of the cases. The obtained data was analysed by means of the statistical software of SPSS, using parametrical statistical tests (i.e. one-way variance analysis, paired-t) and non-parametrical tests (W., C., and χ^2); and $P \leq 0.05$ was taken as the significant level.

Results: This research indicated that education by means of both methods raises the level of knowledge, attitude and practice in ladies regarding BSE ($P<0.0001$). Besides analysis of variances showed that KAP level had a significant difference compared with that of the control group ($P<0.0001$) .Correlation test showed no significant difference between demographic characteristics on one side and level of KAP on the other.

Conclusion: Considering the findings about the effect of instruction on KAP of women with respect to BSE, using any of available facilities such as individual or group education as well as audio- visual methods in health care centers would be advantageous.

Key Words: BSE (Breast Self Examination); Health education; Screening; Knowledge; Attitude; Practice

[1] *M.Sc. in Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran*
[2] *Associate Professor, Department of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran niknami6@yahoo.com*
[3] *Assistant Professor, Department of Health Education & Health Services, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*