

بررسی میزان تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در ایجاد رفتار خود آزمایی پستان در رابطین بهداشتی شهرستان زرنديه در سال ۸۶

محمود کریمی*، مریم حسنی**، رقيه خرم**، دکتر محتشم غفاری***، دکتر شمس الدین نیکنامی****

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکزی، دانشکده پرستاری ساوه، گروه آموزش بهداشت
** شبکه بهداشت و درمان زرنديه
*** دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده بهداشت، گروه آموزش بهداشت و خدمات بهداشتی
**** دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه آموزش بهداشت

چکیده

زمینه و هدف: زنان در تمام سنین در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان قرار دارند و با افزایش سن این خطر بیشتر می شود. در صورت تشخیص زود هنگام بیش از ۹۰ درصد مبتلایان درمان می شوند با این وجود اکثریت زنان خود آزمایی پستان را که روشی موثر و ارزان در پیشگیری از مرگ و میر چشمگیر ناشی از سرطان است به طور معمول انجام نمی دهند. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در ایجاد رفتار خود آزمایی پستان انجام شده است.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد می باشد که بر روی ۱۰۶ نفر از رابطین بهداشتی شهرستان زرنديه انجام گرفت. قبل از انجام مداخله آموزشی پرسشنامه طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بین واحدهای مورد پژوهش توزیع و چک لیست عملکرد رابط بهداشتی نیز توسط فردی دوره دیده ای تکمیل شد، سپس مداخله آموزشی با استفاده از روشهای سخنرانی، بحث گروهی، نمایش فیلم و نمایش عملی با استفاده از مولاژ اجرا گردید. دو ماه بعد از مداخله، آزمون ثانویه با استفاده از همان پرسشنامه اولیه انجام شد و داده ها با استفاده از آزمون T-test و نرم افزار SPSS 11.5 تجزیه و تحلیل شد و $P < 0.0001$ معنی دار تلقی گردید.

یافته ها: میانگین سنی گروه مورد مطالعه در این بررسی 37 ± 2 سال و میزان آگاهی آنها از علل شناخته شده ایجاد سرطان پستان ۳۳ درصد بود. میزان انجام خود آزمایی پستان قبل از آموزش ۱۹ درصد بود که بعد از مداخله آموزشی به ۶۰/۲ درصد افزایش یافت، همچنین در رابطه با اجزاء الگوی اعتقاد بهداشتی، قبل از مداخله آموزشی میانگین نمره حساسیت، منافع و موانع درک شده پایین و میانگین نمره شدت و تهدید درک شده در حد متوسط بود که بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره همه اجزاء مدل افزایش یافت ($P < 0.0001$) میانگین نمره چک لیست عملکرد قبل از مداخله ۲/۸۹ بود که بعد از مداخله به ۷/۰۹ ارتقاء یافت. ($P < 0.0001$)

نتیجه گیری: به نظر می رسد برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در ایجاد رفتار خود آزمایی پستان موثر است همچنین بر اساس یافته های این مطالعه می توان نتیجه گرفت که انجام خود آزمایی نیازمند نگرش مثبت نسبت به آن می باشد لذا پیشنهاد می شود برنامه های آموزشی با تأکید بر تغییر نگرش در جهت ارتقاء سلامت زنان طراحی و اجرا گردد. (مجله طبیب شرق، دوره

۱۰، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۷، ص ۲۸۳ تا ۲۹۱)

کلیدواژه ها: آموزش، مدل اعتقاد بهداشتی، خود آزمایی پستان

مقدمه

پستان هستند و با افزایش سن این خطر بیشتر هم می شود. شیوع آن در جهان رو به افزایش بوده و در ایران نیز افزایش نگران

امروزه سرطان دومین عامل مرگ در سراسر جهان به شمار می آید^(۱) زنان در تمامی سنین در معرض خطر ابتلا به سرطان

کننده ای در بروز سرطان پستان مشاهده می شود^(۲) سرطان پستان به عنوان شایعترین سرطان زنان در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع منجر به مرگ خواهد شد. در صورت تشخیص زودرس و به موقع سرطان در مراحل اولیه و درمان به هنگام شانس بهبودی افزایش یافته، طول عمر بیش از ۹۰ درصد افراد مبتلا به این سرطان بالاتر از مراحل پیشرفته بیماری خواهد بود.^(۳) با توجه به برخی از خصوصیات سرطان پستان از قبیل رشد آهسته، قابل تشخیص بودن در مراحل اولیه و موثر بودن درمان در این مراحل غربالگری سرطان پستان به عنوان یکی از روشهای کنترل بیماری از اهمیت بسزایی برخوردار است روشهای پذیرفته شده جهت غربالگری سرطان پستان شامل: ماموگرافی، خودآزمایی پستان و معاینه بالینی سالانه توسط پزشک یا فرد آموزش دیده می باشد^(۴) معاینه ماهیانه پستان توسط خود فرد یکی از راههای ساده، مقرون به صرفه و صحیح است که با مشارکت فرد انجام می شود و به تجهیزات و پرسنل متخصص نیاز ندارد.^(۵) در صورت معاینه ماهیانه پستان توسط خود فرد و در زمان مناسب توسط پزشک و ماموگرافی می توان از پیشرفت ۹۵ درصد موارد سرطان پستان به مراحل پیشرفته تر جلوگیری کرد^(۵) مطالعات نشان داده است که علیرغم وجود شواهد قطعی در تایید خود آزمایی پستان به عنوان یک روش موثر و ارزان پیشگیری از مرگ و میر ناشی از سرطان اکثریت زنان این عمل را به عنوان یک روش معمول و بر اساس یک نظم خاصی که توسط مراجع بهداشتی توصیه شده است انجام نمی دهند^(۶) مطالعه هارپس و همکاران نشان داد که اکثر زنان قادر به انجام صحیح خود آزمایی پستان نمی باشند^(۷) و بررسی پاتیستا درین زنان یونانی نشان داد که تنها ۱۲/۴ درصد از واحدهای مورد پژوهش در طی سال خود آزمایی پستان را انجام داده اند^(۸) در مطالعه تحویلدار و همکاران در تهران میزان انجام خود آزمایی قبل از آموزش صفر بود^(۹) و مطالعه کریمی و همکاران در بابل نشان داد که تنها ۱۲/۱ درصد از زنان این تکنیک را انجام می دادند.^(۷) برنامه آموزشی که بر پایه الگوی

اعتقاد بهداشتی در بین دانشجویان دختر مصری انجام شد نشان داد که امکان تعدیل موانع درک شده جهت خود آزمایی پستان وجود دارد.^(۱۰) بیش از ۹۰ درصد تمامی سرطان های پستان از طریق معاینه بالینی و معاینه ماهیانه پستان تشخیص داده می شوند و با به کارگیری خود آزمایی در زنان بالاتر از ۲۰ سال می توان سریعتر از هر روش دیگری به کشف سرطان پستان یاری رساند^(۱۱) مطالعات متعدد نشان دهنده تاثیر عوامل متفاوت اجتماعی و فرهنگی بر خود آزمایی پستان می باشد^(۱۱) همچنین این روش به عنوان بهترین روش قابل انجام و در دسترس همه زنان برای تشخیص موارد غیر طبیعی پستان مطرح است لذا مهم است که هر زنی عادت کند خود آزمایی را انجام دهد.^(۱۲) بیشتر زنان به علت ترس از سرطان پستان و یافته های به دست آمده از خودآزمایی پستان نگرش مثبتی نسبت به آن ندارند بنابراین با ارائه یک برنامه آموزشی مناسب می توان سبب کاهش ترس و نگرانی و متعاقب آن افزایش انجام خود آزمایی پستان شد.^(۱۳) آموزش بهداشت بدون برنامه کوششی بیهوده یا کم اثر خواهد بود^(۱۴،۱۵) و انتخاب یک مدل آموزشی منجر به شروع برنامه و ادامه آن در مسیری صحیح می شود. هر چقدر پشتوانه تئوریک مناسبی برای نیازهای بهداشتی وجود داشته باشد اثر بخشی برنامه های آموزش بهداشت بیشتر خواهد بود.^(۱۵) الگوی اعتقاد بهداشتی که به عنوان چهار چوب اصلی در این پژوهش به کار گرفته شده، یک مدل فردی مطالعه رفتار بهداشتی می باشد که در دهه ۱۹۵۰ میلادی توسط هوکبام و روزن استاک در آمریکا پایه ریزی^(۱۵) و سپس توسط بیکر و مای من اصلاح گردید.^(۱۶) این مدل توسط متخصصین مختلف (در حوزه های مختلف رفتاری) جهت طرح ریزی و ارزیابی مداخلاتی که در تغییر رفتار موثرند مورد استفاده قرار گرفته است.^(۱۶) بر اساس این مدل برای انجام خودآزمایی جهت پیشگیری از سرطان پستان افراد باید نخست در برابر مساله (ابتلا به سرطان پستان) احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده) سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را در

ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی خود درک کنند (شدت درک شده) و با علائم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود دریافت می کنند (راهنمای عمل) مفید و قابل اجرا بودن برنامه خودآزمایی پستان را باور نمایند. عوامل بازدارنده از اقدام به این عمل (موانع درک شده) را نیز کم هزینه تر از فوائد آن (منافع درک شده) ببینند تا در نهایت به اتخاذ خودآزمایی اقدام کنند. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتار خودآزمایی پستان در رابطین بهداشتی انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد می باشد که بر روی ۱۰۶ نفر از رابطین بهداشتی شهرستان زرنده در سال ۸۶ انجام شده است. در این تحقیق تعداد نمونه با استفاده از روش سرشماری تعیین و کلیه رابطین بهداشتی شهرستان به عنوان واحدهای پژوهشی وارد مطالعه شدند. پرسشنامه طراحی شده بر اساس موضوع و مدل اعتقاد بهداشتی شامل ۷۹ سوال در ۴ قسمت، مشخصات دموگرافیک (۷ سوال) آگاهی (۲۰ سوال) سوالات ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی [شامل حساسیت (۱۵ سوال) منافع (۷ سوال) و موانع درک شده (۱۵ سوال) و راهنمای عمل در بعد داخلی (۴ جزء)، راهنمای عمل در بعد خارجی (۵ جزء)] و چک لیست مربوط به عملکرد خودآزمایی پستان (۶ سوال) بود. نمره قراردادی عوامل حساسیت، شدت، تهدید و منافع درک شده به صورت: مطلوبترین حالت نمره ۲، بدترین حالت نمره صفر و نظری ندارم نمره ۱ بود، در مورد موانع درک شده بر مبنای قرارداد نمره دو به مطلوبترین حالت یعنی "کاهش درک موانع"، نمره صفر به بدترین حالت یعنی "اثر درک موانع" و نمره یک به حالت "نظری ندارم" اختصاص یافت برای راهنمای عمل داخلی و خارجی هر جزء یک امتیاز در نظر گرفته شد. معیار سنجش سطح آگاهی، تعداد پاسخهای صحیح بود و مجموع امتیازات به

دست آمده بطور قرار دادی در سه گروه مطلوب (نمره ۲۰-۱۵)، متوسط (نمره ۱۴-۸) و ضعیف (نمره کمتر از ۷) طبقه بندی گردید. برای آنالیز بهتر تغییرات رفتاری به سه گروه مطلوب (۷-۸)، متوسط (۶-۴) و نامطلوب (کمتر از ۳) تقسیم شد. برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد بدین ترتیب که اعتبار پرسشنامه طراحی شده با استفاده از نظرات اصلاحی متخصصین امر پژوهش تایید گردید. پایایی پرسشنامه نیز از طریق انجام آزمون مجدد بررسی و تایید شد بدین صورت که پرسشنامه توسط ۱۰ نمونه تکمیل شد و پس از یک هفته مجدداً پرسشنامه ها به همان افراد داده شد و هر نوبت با ضریب پایایی ۹۱ درصد مورد تایید قرار گرفت. (آزمون آلفا کرون باخ) قبل از انجام مداخله آموزشی پرسشنامه مذکور در بین واحدهای مورد پژوهش توزیع و چک لیست عملکرد نیز توسط مربی آموزش دیده تکمیل گردید. برنامه آموزشی بر پایه الگوی اعتقاد بهداشتی و هدف کلی تحقیق یعنی تعیین تأثیر الگوی اعتقاد بهداشتی در ایجاد خودآزمایی پستان در رابطین بهداشتی و بر مبنای سؤالات پیش آزمون طراحی شده بود در طی چهار جلسه آموزشی به صورتهای سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، نمایش فیلم و نمایش عملی با استفاده از مولاژ اجرا شد. با توجه به پراکندگی رابطین در سطح ۵ مرکز بهداشتی و درمانی شهرستان برنامه های آموزشی فوق الذکر به صورت یکسان برای هر ۵ گروه اجرا گردید. دو ماه بعد از اجرای برنامه آموزشی با استفاده از همان پرسشنامه اولیه آزمون ثانویه به عمل آمد. از آزمون T-test استفاده و سپس داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 11.5 تجزیه و تحلیل گردید و $P < 0.0001$ معنی دار تلقی گردید. از واحدهای مورد پژوهش رضایت نامه آگاهانه اخذ شد.

یافته ها

در این مطالعه ۱۰۶ رابط بهداشتی با میانگین سنی 37 ± 2 مورد مطالعه قرار گرفتند، ۸۰ درصد آنها متاهل، ۱۹ درصد مجرد

و ۱ درصد مطلقه بودند، ۷۳ درصد از افراد متاهل دارای فرزند بودند. در مورد سطح تحصیلات، دیپلم با ۵۱ درصد بیشترین فراوانی و سیکل، ابتدایی و تحصیلات دانشگاهی به ترتیب با ۱۹،۲۰ و ۱۱ درصد در رتبه های بعدی قرار داشت. ۱۱ درصد از افراد مورد مطالعه در یکسال گذشته مشکلاتی را در رابطه با پستان خود داشتند که از این تعداد ۱۹ درصد برای مشکل خود به پزشک مراجعه کرده بودند. ۰/۸ درصد از نمونه های مورد پژوهش سابقه سرطان پستان در خواهر یا مادر و ۱/۹ درصد در بستگان خود داشتند. ۱۹ درصد از نمونه ها قبل از آموزش سابقه انجام خود آزمایی ماهانه پستان را به طور منظم گزارش نمودند که بعد از اجرای برنامه آموزشی انجام این تکنیک به ۶۰/۲ درصد افزایش یافت. استفاده از آزمون آماری تی زوجی نشان داد که بین میانگین نمره آگاهی نمونه های مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش و همچنین بین عملکرد نمونه های پژوهشی قبل و بعد از آموزش اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد. ($P < 0.001$) (جدول شماره ۱ و ۲).

جدول (۱) میانگین و توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات آگاهی و امدهای پژوهشی قبل و بعد از مدافله آموزشی

| گروه | آزمون | | | |
|------------------------|---------------|------|---------------|------|
| | قبل از مداخله | | بعد از مداخله | |
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| (۰-۷) ضعیف | ۵۲ | ۴۹ | ۷ | ۷ |
| (۸-۱۴) متوسط | ۳۰ | ۲۸ | ۳۴ | ۳۱ |
| (۱۵-۲۰) مطلوب | ۲۴ | ۲۳ | ۶۵ | ۶۲ |
| جمع | ۱۰۶ | ۱۰۰ | ۱۰۶ | ۱۰۰ |
| میانگین و انحراف معیار | ۷/۳±۲ | | ۱۶/۱±۳/۲ | |

جدول (۲) میانگین و توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمرات عملکرد و امدهای پژوهشی قبل و بعد از مدافله آموزشی

| گروه | آزمون | | | |
|------------------------|---------------|------|---------------|------|
| | قبل از مداخله | | بعد از مداخله | |
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| (۰-۳) ضعیف | ۴۹ | ۴۶ | ۱۷ | ۱۶ |
| (۴-۶) متوسط | ۴۱ | ۳۹ | ۴۳ | ۴۱ |
| (۷-۸) مطلوب | ۱۶ | ۱۵ | ۴۶ | ۴۳ |
| جمع | ۱۰۶ | ۱۰۰ | ۱۰۶ | ۱۰۰ |
| میانگین و انحراف معیار | ۲/۸±۰/۸ | | ۷/۰۹±۱ | |

برای بررسی رابطه بین سن و آگاهی و عملکرد از آزمون آماری ضریب همبستگی استفاده شد که قبل و بعد از مداخله بین متغیر های فوق ارتباط معنی داری مشاهده نشد. ($P = 0.843$) همچنین آزمون آماری t-test ارتباط معنی داری را بین وضعیت تاهل و تغییر نمره آگاهی و عملکرد قبل و بعد از مداخله نشان نداد. ($P = 0.4$) بر اساس یافته ها راهنما برای عمل (خارجی) به ترتیب اهمیت عبارت بودند از رسانه های جمعی (رادیو، تلویزیون، روزنامه و مجله) ۴۸ درصد، پرسنل بهداشتی درمانی ۴۰ درصد، کتاب ۱۹/۵ درصد، فامیل و آشنایان ۱۵ درصد و خانواده با ۱/۳ درصد (بعنوان کم اهمیت ترین عامل راهنما برای عمل). همچنین روش های آموزشی مورد علاقه گروه به ترتیب عبارت بودند از فیلم و سی دی آموزشی ۳۶ درصد، بحث گروهی ۲۴ درصد، سخنرانی ۱۹ درصد، رسانه های جمعی ۱۷ درصد، جزوه، پمفلت و کتابچه ۸ درصد. نتایج نشان می دهد بین میانگین نمره های حساسیت، شدت، تهدید، منافع و موانع درک شده قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی داری وجود دارد ($P < 0.001$) (جدول شماره ۳).

جدول (۳) نمره عوامل الگوی اعتقاد بهداشتی قبل و بعد از مدافله آموزشی

| عوامل الگوی اعتقاد بهداشتی | آزمون | | | |
|----------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | قبل از مداخله | | بعد از مداخله | |
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| حساسیت درک شده | ۸/۳۶ | ۰/۳۷ | ۱۳/۲۱ | ۰/۲۵ |
| شدت درک شده | ۳/۴۵ | ۰/۳۶ | ۶/۱۸ | ۰/۲۴ |
| تهدید درک شده | ۲/۴۷ | ۰/۲۳ | ۴/۳۶ | ۰/۲۵ |
| منافع درک شده | ۳/۲۵ | ۰/۳۴ | ۷/۴۸ | ۰/۳۲ |
| موانع درک شده | ۱۵/۲۰ | ۰/۲۵ | ۹/۱۲ | ۰/۲۱ |
| راهنمای عمل | ۱/۲۰ | ۰/۲۷ | ۱/۷۸ | ۰/۳۶ |

* $P < 0.001$ معنی دار است.

بحث

یافته های این پژوهش نشان می دهد که بین میانگین نمره آگاهی قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری وجود دارد به طوری که ۲۳ درصد از واحدهای مورد بررسی قبل از

مداخله آگاهی مطلوب، ۲۹ درصد متوسط و ۴۸ درصد آگاهی نامطلوب داشتند در حالی که بعد از مداخله آموزشی آگاهی ۶۲ درصد از نمونه ها مطلوب، ۳۱ درصد متوسط و ۷ درصد نامطلوب بود. آگاهی نامطلوب در مورد روش خود آزمایی پستان را مطالعات پروین یاوری دانش آذر و شایسته بنائیان نیز نشان می دهد.^(۵،۱۱،۱۲) ۳۳ درصد از نمونه ها قبل از آموزش از علل شناخته شده ابتلا به سرطان پستان آگاهی مناسب داشتند که بعد از مداخله این میزان به ۸۸/۳ درصد رسید. در این مطالعه بین متغیر های سن و وضعیت تاهل با آگاهی و عملکرد واحد های مورد پژوهش ارتباط معنی داری ملاحظه نگردید که این نتایج با مطالعه دانش آذر تفاوت دارد. مطالعات مختلف نشان داده که مهم ترین عوامل موثر بر آگاهی و عملکرد زنان، سابقه شخصی سرطان و سابقه فامیلی سرطان می باشد.^(۱۱،۱۲)

با توجه به نتایج پژوهش حاضر می توان نتیجه گرفت که مرکز بهداشتی درمانی قادر نبوده با توجه به نیازهای آموزشی رابطین بهداشتی، تاثیر قابل توجهی بر آگاهی آنها داشته باشد. یافته های این مطالعه حاکی از آن است که وضعیت میانگین نمره حساسیت درک شده قبل از مداخله آموزشی ۸/۳۶ بود که بعد از مداخله به ۱۳/۲۱ افزایش یافت. اعتقاد به این مسئله که ابتلاء می تواند بدون احساس علائم بیماری اتفاق بیفتد منجر به شروع رفتارهای غربالگری از جمله خود آزمایی گردد.^(۱۶)

بررسی های مختلف نشان داده است که ارزشیابی از نتایج بالینی بیماری توسط فرد، بر روی شدت درک شده اثر دارد.^(۱۶) در این مطالعه قبل از مداخله آموزشی میانگین نمره شدت درک شده ۳/۴۵ بود که بعد از مداخله این میزان به ۶/۱۸ ارتقاء یافت. یافته های مطالعه رمضانخانی بر روی سربازان، شریفی راد بر روی بیماران دیابتی و شیدفر بر بیماران مبتلا به آنژین صدری موید تاثیر آموزش بر روی نمره شدت درک شده است.^(۱۵،۱۷،۱۸)

به عقیده محققان داشتن اطلاعات و آگاهی به تنهایی برای انجام خود آزمایی پستان کافی نیست بلکه طرز تفکر و نگرش درباره یک بیماری، عامل مهمی در انجام دادن یا ندادن یک اقدام

پیشگیری کننده است.^(۱۳) یافته ها بیانگر آن است که میانگین وضعیت تهدید درک شده قبل از مداخله آموزشی در حد متوسط ۲/۴۷ بود که بعد از مداخله این میزان به ۴/۳۶ افزایش یافت. در پژوهشی که ویکی اردرایو در مورد بیماران دیابتی انجام داد مشخص شد که با افزایش معنی دار تهدید درک شده، میزان قطع عضو به علت عارضه پای دیابتی ۸۴ درصد کاهش می یابد.^(۱۵)

در زمینه منافع درک شده از انجام خود آزمایی پستان در آغاز مطالعه میانگین نمره نمونه های مورد پژوهش ۳/۲۵ بود که بعد از مداخله به ۷/۴۸ افزایش یافت. مطالعه امل قادری و همکاران بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی برای پیشگیری از سرطان پستان توسط خود آزمایی در دانشجویان پرستاری در اسکندریه مصر، موید افزایش نمره منافع درک شده در گروه آزمون بعد از مداخله آموزشی می باشد.^(۱۰) بررسی انجام شده توسط هو، نشان داد نگرش فرد نسبت به منافع خود آزمایی پستان با انجام خود آزمایی ارتباط دارد.^(۱۳) توجه دقیق تر به یافته های مربوط به منافع درک شده (سهولت انجام، وقت گیر نبودن و نیز نقش موثر خود آزمایی در تشخیص زودرس و درمان بیماری و همچنین جلوگیری از انتشار بیماری به قسمتهای دیگر بدن) می تواند در ایجاد رفتار خود آزمایی پستان نقش موثری داشته باشد، بررسی ها نشان داده است که درک شخص از منافع مسیر اقدام را هموار می سازد.^(۱۶) نتایج اخذ شده، بیان می دارد که میانگین نمره موانع درک شده از انجام خود آزمایی پستان قبل از آموزش ۱۵/۲۰ بود که بعد از مداخله آموزشی به ۹/۱۲ کاهش یافت. مطالعات انجام شده (هم گذشته نگر و هم آینده نگر) نشان داده اند که موانع درک شده توانمند ترین بعد در بیان یا پیش بینی رفتارهای محافظت کننده سلامتی است.^(۱۶) مطالعه غفرانی پور در مورد کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از بروسلوز در شهرکرد نشان داد که موانع درک شده بعد از مداخله آموزشی کاهش معنی داری یافت.^(۱۹) از مهمترین موانع انجام خود آزمایی قبل از آموزش می توان به ترس از یافتن

غده (۵۹٪) و ترس از داشتن سرطان پستان (۵۴٪) اشاره کرد. بررسی فونگ در بین زنان در هنگ کنگ نشان داد که درک استعداد ابتلا به سرطان پستان و درک موانع خود آزمایی پستان با انجام خود آزمایی پستان ارتباط دارد^(۲۰) مطالعه تحویل داری نیز نشان داد که متغیر موانع درک شده بیشترین تاثیر را در ممانعت از انجام خود آزمایی پستان داشته است^(۹) یافته های این مطالعه با تحقیق الرتن و اسمایل تفاوت دارد این محققان گزارش کردند که به دنبال یک برنامه آموزشی، هیچ تغییر آشکاری در نگرش مثبت در مورد سرطان پستان و خود آزمایی پستان حاصل نمی گردد.^(۱۳) در مطالعه حاضر بین میانگین نمره چک لیست عملکرد قبل از مداخله آموزشی و بعد از آن اختلاف معنی داری وجود دارد همچنین یافته ها نشان می دهد که قبل از آموزش تنها ۱۵ درصد از افراد مورد مطالعه عملکرد مطلوبی در انجام این تکنیک داشته اند که بعد از مداخله این میزان به ۴۳ درصد ارتقاء یافت. یافته ها نشان می دهد که مداخله آموزشی با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی با ارتقاء سطح آگاهی و تاثیر مثبت بر حساسیت، شدت و تهدید درک شده، و با توجه

به منافع و شناسایی موانع درک شده تاثیر قابل توجهی بر بروز رفتار خود آزمایی پستان داشته است.

از یافته های این تحقیق می توان نتیجه گرفت که برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی تاثیر معنی داری در ایجاد رفتار خود آزمایی پستان داشته است. نظر به اینکه سرطان پستان یکی از شایع ترین سرطانهای زنان می باشد وبا توجه به نقش خود آزمایی پستان در شناسایی زودرس و درمان این بیماری، تدریس برنامه های آموزشی با استفاده از الگوها و مدل های آموزشی برای ایجاد رفتار خود آزمایی پستان ضروری است. بدین منظور پیشنهاد می گردد برنامه های آموزشی با بهره گیری از مدل های مطالعه رفتاری انجام شود.

سیاسگزاری

از مساعادت مدیریت شبکه بهداشت و درمان، سرپرست و کارکنان مرکز بهداشت زرنديه، مربیان رابطین بهداشتی و کلیه رابطین بهداشتی تحت مطالعه تقدیر و تشکر می گردد.

References

1. Dadkhah B, Mohammady MA. [Knowledge, attitude and practice towards breast self examination among Ardebile city womens] Persian. Journal of Ardebile University of medical sciences and health services. 2002;2(5):15-22
2. Leininyer L. clinical strategies for breast cancer screening: weighing and using the evidence. Ann Intern Med. 1995; 122 (7) : 539 – 47
3. Christensen BL, Kockro EO. Care of patient with reproductive disorders. In: Christensen BL, Kockro EO. Adult healt nursing. Elisever Mosby. 2003;529.
4. Shapiro S, Coleman EA, Broeders M, et al. Breast cancer screening programs in countries: current policies , administration and guidelines. International Journal of epidemiology. 1998; 27:735-742.

5. Yavari P, Mehrabi Y, Hoseingholi MA. [Knowledge and practice of womens regarding breast self examination, A case control study] Persian. Journal of Ardebile university of medical sciences and health services. 2005;5(4):371-379
6. Abedzadeh M, Sadat Z, Sabery F. [A survey on knowledge, attitude and peractise regarding breast cancer and screening methods in Kashan womens] Persian. Feyze journal of Kashan University of medical sciences and health services. 2006;26(3):85-90
7. Karimy H, Sam SH. [The effect of education on knowledge and practice towards breast self examination Ramsar womens] Persian. Journal of Babol university medical sciences and health services. 2004;7(3):61-68
8. Patista E. Breast Self examination knowledge behaviour of Greek femal health care professionals working in primary health care centers. Cancer Nursing. 1992;15(6):415-21
9. Tahvildary S, Mohagegy MA, Mohammad K. [The application of Health Belife Model to education breast self examination] Persian. Tolue behdasht journal of Yazd University of medical sciences and health services. 2003;12(3):35
10. Sharifiehrad GH, Hazavei MM, Hasanzadeh A, et al. [The effect of health education based on Health Belife Model on preventive actions of smoking in grade one, Middle school students] Persian. Rahavarde Danesh journal of Arak University of medical sciences and health services. 2006;10(1):2-6
11. Danesh A, Amiri M, Zamani A, et al. [Knowledge, attitude and peractise regarding breast self examination among education workers womens in Sharekord] Persian. Journal Sharekord of university of medical sciences and health services. 2001;4(2):47-52
12. Banaeian SH. [knowledge, attitude and practice womens regarding breast cancer screening] Persian. Journal of Sharekord university of medical sciences and health services. 2004;7(4):28-34
13. Hadizadehtalasaz F, Latifnejade R. [The effect of health education based on Health Belife Model on attitude female students towards Breast Self Examination] Persian. Journal Birjand of university of medical sciences and health services. 2004;1(1):25-30
14. Allahverdipour H. [Passing from traditional health education to achieving theory-based health education programs] Persian. Journal of Professional Health Education & Health promotion. 2004;1(3):75-80

15. Sharifiehrad GH, Hazavei MM, Mohebbi S, et al. [The effect of health education based on Health Belife Model on self care of leg in type 2 diabetic patients] Persian. Iranian journal of endocrinology and Metabolism. Journal of Shahidbeheshti university of medical sciences and health services. 2005; 14(1):18-27
16. Mohammadi N, Rafee SH. [Health Education ,Health Team Guidance] Persian. 4th ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education press. 2004;74-77.
17. Ramazankhani A. [The effect of health education based on Health Belife Model on preventive actions of smoking in soldiers] Persian. Thesis presented for the Assistant professor in Health Education. Tarbiat Modares University. 1999;40-45.
18. Shidfar MR, Hosieni M, Shojaeizadeh D, et al. [The effect of health education program on knowledge and attitude cardiovascular diseases in the Mashhad hospital] Persian. Journal of Birjand university of medical sciences and health services. 2007;14(1):18-27
19. Ghofranipour F. [The application of Health Belife Model on prevention Brucellosis in the Shahrekord] Persian. Thesis presented for the Assistant professor in Health Education. Tarbiat Modares University. 1998;1:12-15.
20. Fung SY. Factors associated with Breast Self Examination Behaviour among Chinese women in Hong Kong. Patient Educ couns. 1998;33(3):233-43

The Effect of Education, Based on Health Belief Model on Breast Self- Examination in Health Liaisons of Zarandieh City

Karimy M, MSc*; Hasani M, BSc; Khorram R, BSc**; Ghaffari M, PhD***; Niknami SH, PhD******

Received: 30/Apr/2008

Accepted: 29/Oct/2008

Background: All women at any age are at risk of breast cancer and the risk will increase by aging. Rapid diagnosis of breast cancer and prompt treatment will survive the lives of more than 90 percent of patients. There are definite documents that indicate breast self-examination is an effective method for prevention of death, but many women do not perform it regularly based on recommended screening programs.

Materials and Methods: In this before-after study, 106 health liaisons of Zarandieh city were involved. All participants fulfilled a questionnaire about health beliefs and also a checklist about their tasks. Then the training program started using speech methods, group discussion, video presentation and practice program using an artificial model (mulaj). After 2 months of training, the second test was performed using the primary questionnaire. The data analysis was performed by SPSS software and $P < 0.0001$ was significant.

Results: The Mean \pm SD of participants was 37 ± 2 and their awareness about known risk factors of breast cancer was 33 percent. The rate of breast self-examination before and after training program was 19 and 60.2 percent respectively. About the components of health belief model, the mean score of sensitivity, benefits and obstacles was low before training and the mean score of threat intensity was intermediate. However, the mean score of all components increased after training program ($P < 0.0001$). Also, the mean score of checklist before and after training program was 2.89 and 7.09 respectively ($P < 0.0001$).

Conclusion: Our designed program for health education on the basis of health belief model was effective to create an accurate behavior in breast self examination. The results of this survey showed that performing breast self examination needs positive attitude. Thus, we recommend that educational programs should be designed in such a way that can change the attitude of participants so that improvements in women health occur.

KEY WORDS: Education, Health Belief Model, Breast Self Examination

*Dept of Health Education, Saveh Faculty of Nursing, Markazi University of Medical Sciences and Health Services, Saveh, Iran.

** District Health network of Zarandieh, Markazi University of Medical Sciences and Health Services, Mamoonie, Iran.

*** Dept of Health Education, Faculty of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**** Dept of Health Education, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.