

The Impact of Educational Intervention Based on Theory of Planned Behavior in Breast Self-Examination of Women Referred to Health Centers

Matlabi M.¹ *PhD*, Khajavi A.¹ *PhD*, Askari F.² *PhD*, Saberi M.* *MSc*

*MSc in Health Education and Promotion, Department of Health Education and Promotion, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

¹Assistant Professor in Health Education and Promotion, Department of Health Education and Promotion, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

²Ph.D. Student of Reproductive Health, Department of Midwifery and Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

Abstract

Aims: Monthly breast self-examination (BSE) is one method for early detection of breast cancer. The aim of this study was to determine the effect of educational intervention based on the theory of planned behavior in promoting BSE of women in Gonabad, IRAN.

Materials & Methods: In this clinical trial study, 140 married women aged 20–49 years from Gonabad were chosen randomly and divided into control and experimental groups. Educational needs were determined and the curriculum was developed and presented in 5 sessions. BSE behavior was studied using the constructs of planned behavior theory before, immediately and 3 months after training. Data were analyzed by SPSS version 20, using ANOVA, T-test student, Chi-square and multivariate analysis of variance and significant level was set at $\alpha=0.05$.

Findings: The mean age of the subjects was 37.27 ± 6.69 years. After intervention, the average score of BSE skill increased from 17.89 to 18.26 and the mean scores of theoretical constructs in the intervention group increased significantly ($P<0.001$). The effect of the educational intervention was evaluated three months later, but changes were not significant in the control group ($P>0.05$).

Conclusion: This study showed that educational intervention based on the theory of planned behavior was effective in promoting BSE behaviors. Therefore, it is recommended that educational interventions to be designed specifically for and consistent with the constructs of the theory of planned behavior.

Keywords:

Breast Cancer [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68001943>];

Breast Self-Examination [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=breast+self-examination>];

Theory of Planned Behavior;

*Corresponding Author

Tel: 051-57223028

Fax: 051-57225027

Address: MSc in health education and promotion, Department of Health Education and Promotion, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

maryam61sabery@gmail.com

Received: 26 Dec 2017

Accepted: 2 May 2018

ePublished: May 16, 2018

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر انجام خودآزمایی پستان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی

محمد مطلبی PhD

استادیار گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

عبدالجواد خواجهی PhD

استادیار گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

فریبا عسکری PhD

دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشکده مامایی و پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

مریم صابری MSc

مربی گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

چکیده

اهداف: معاینه ماهیانه پستان یکی از راه‌های تشخیص زودرس سرطان پستان است. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در ارتقاء خودآزمایی پستان زنان شهر گناباد انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک کارآزمایی در عرصه است که تعداد ۱۴۰ زن متاهل ۴۹-۲۰ ساله شهر گناباد به تصادف در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. نیازهای آموزشی استخراج و برنامه آموزشی تدوین و در ۵ جلسه ارائه گردید. رفتار خودآزمایی پستان با استفاده از سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده قبل، بلافاصله و ۳ ماه بعد از آموزش بررسی شد. داده‌ها با نرم افزار IBMSPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از آزمون‌های آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات، تی استودنت و تحلیل واریانس چند متغیره در سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی نمونه‌ها ۳۷/۲۷±۶/۶۹ سال بود. پس از مداخله، میانگین نمره مهارت خودآزمایی از ۱۷/۸۹ به ۱۸/۲۶ افزایش یافت و میانگین امتیازات سازه‌های تئوری در گروه مداخله به صورت معنی داری افزایش یافت ($p < 0/001$) و تداوم اثر مداخله آموزشی ۳ ماه بعد نیز قابل مشاهده است. ولی این تغییرات در گروه شاهد معنی دار نبود ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در ارتقاء رفتار خودآزمایی پستان موثر است. بنابراین توصیه می‌شود به منظور ارتقاء خودآزمایی پستان، مداخلات آموزشی به طور اختصاصی و منطبق با سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده ارائه شود.

کلیدواژه‌ها: سرطان پستان، خودآزمایی پستان، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۲

*نویسنده مسئول: maryam61sabery@gmail.com

مقدمه

سرطان دومین عامل شایع مرگ و میر پس از بیماری‌های قلبی-عروقی در سراسر جهان و کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی و حوادث در کشورهای کمتر توسعه یافته از جمله ایران به شمار می‌رود [1-3]. در حال حاضر سرطان عامل ۱۲٪ مرگ و میر در سرتاسر جهان است. بیش بینی‌ها نشانگر آنست که تعداد مرگ و میر ناشی از سرطان در کل جهان تا ۴۵٪ طی

سالهای ۲۰۰۷ تا ۲۰۳۰ افزایش خواهد داشت (از ۷/۹٪ به ۱۲ میلیون مرگ می‌رسد) [4,5].

سرطان پستان پس از سرطان ریه شایع‌ترین سرطان (۲۳٪ از همه موارد سرطان) و دومین عامل مرگ‌های سرطانی در جهان و کشنده‌ترین بدخیمی در بین زنان (۱۶٪ مرگ‌های سرطان) محسوب می‌شود [2,4,6,7]. شیوع این بیماری در ایران در حال افزایش است و افراد مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با بیماران مشابه در کشورهای غربی حدود ۱۰ سال جوان‌تر هستند [8]. بروز سرطان پستان در ایران در سنین ۵۴-۴۵ سالگی و پس از ۸۰ سالگی افزایش ناگهانی (peak) دارد [9].

از نظر شیوع سرطان، به تفکیک استان در سال ۱۳۸۷، استان تهران با ۵۵/۸۴ درصد هزار در راس استانها و کمترین شیوع در سیستان و بلوچستان ۵/۷۳ درصد هزار گزارش شده است. خراسان رضوی با ۲۸/۸۱ درصد هزار ششمین استان شایع سرطان پستان محسوب می‌شود [4]. بنابر پیش بینی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵ بیماری‌های غیرواگیر نزدیک به ۶۰٪ مرگ و میر کل را در منطقه مدیترانه شرقی در بر خواهد داشت که از آن میان ۱۵٪ فقط ناشی از بدخیمی‌ها خواهد بود و این در حالی است که بر همین اساس بیش از یک سوم سرطان‌ها با کشف زودرس قابل پیشگیری‌اند و با درمان به موقع به طور کامل معالجه می‌شوند و این امر بجز با برنامه‌ریزی دقیق و آینده‌نگری در حوزه کنترل سرطان امکان پذیر نخواهد بود [10].

با توجه به اینکه سرطان پستان از نظر بالینی از یک مرحله مخفی طولانی (حدود ۸ تا ۱۰ سال) عبور می‌کند، بنابراین با شناسایی و تشخیص توده در مراحل اولیه می‌توان جان بیمار را از مرگ زودرس نجات داد [11].

خودآزمایی پستان یک روش سالم، ساده، مقرون به صرفه، غیرتهاجمی، عدم نیاز به تجهیزات و پرسنل متخصص، بدون محدودیت جغرافیایی و یک عمل خود مراقبتی محسوب شده و به عنوان ساده‌ترین روش غربالگری در تشخیص زودرس سرطان پستان معرفی شده است [12,13]. با توجه به اینکه سازمان جهانی بهداشت نیازهای آموزشی زنان و دختران به ویژه در زمینه بهداشت و سلامت را به عنوان یک اولویت قلمداد کرده است [14] و از آنجا که زنان نقش کلیدی و بسیار مهمی را در ارتقاء سلامت و چرخه اقتصادی خانواده و جامعه ایفا می‌کنند و با هدف انسان سالم، محور توسعه پایدار، تأمین سلامت آنان تضمین کننده سلامت خانواده و جامعه بوده و با عنایت به اینکه مشکلات ناشی از این بیماری، نه تنها خود این افراد بلکه سایر اعضای خانواده را درگیر و بنیان خانواده را متزلزل می‌سازد، و باعث تحمیل مخارج کمرشکن برای خانواده می‌شود [15].

در مطالعه داوری و همکاران که در سال ۹۱ برای بررسی آثار مالی سرطان پستان در استان اصفهان و برآورد آن برای کل کشور، میانگین کل هزینه‌های مستقیم پزشکی برای یک

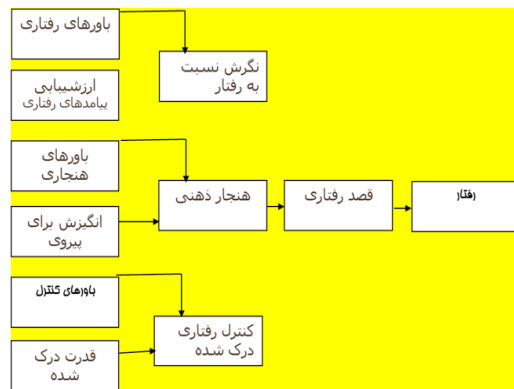
بر روی ۱۴۰ نفر از زنان متأهل ۲۰-۴۹ ساله شهر گناباد انجام شد. افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. حجم نمونه بر اساس فرمول حجم نمونه و مطالعه راهنما^[21] ۱۴۰ نفر محاسبه شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان در محدوده سنی ۲۰-۴۹ سال، باسواد، متأهل، عدم ابتلاء به سرطان پستان در شرکت کنندگان و یا بستگان درجه یک (مانند مادر، خواهر، دختر) بود. رفتار خودآزمایی پستان با استفاده از سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده مورد بررسی قرار گرفت، سپس پرسشنامه دموگرافیک و چک لیست مربوط به نحوه عملکرد (مهارت در انجام خودآزمایی پستان) قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله آموزشی تکمیل گردید. برنامه آموزشی در چهار جلسه آموزشی تئوری و یک جلسه عملی (مدت هر جلسه ۵۰ دقیقه) به روش سخنرانی، پرسش و پاسخ، نمایش اسلاید، فیلم آموزشی و ارائه پمفلت آموزشی بر اساس سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده اجرا شد. زنانی که در طی این مدت خودآزمایی پستان انجام داده بودند، گزارش آنها ثبت گردید. در فاصله بین آموزش و سه ماه بعد از مداخله آموزشی، پیامک آموزشی برای زنان گروه آزمون فرستاده شد.

پرسشنامه شامل ۴۲ سوال و دو بخش کلی بود بخش اول اطلاعات دموگرافیک (سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه ابتلا به سرطان پستان در خود و اعضای خانواده، شغل، سن ازدواج، سن اولین حاملگی، تعداد فرزندان، وضعیت شیردهی به فرزندان و...) (۱۰ سوال). بخش دوم سوالات مربوط به سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده (۳۱ سوال) در پنج حیطه نگرش (۸ سوال)، نرمهای ذهنی (۷ سوال)، کنترل رفتاری درک شده (۸ سوال)، قصد رفتاری (۴ سوال) و رفتار (۴ سوال) برای انجام خودآزمایی پستان بود. هر سوال دارای پنج گزینه با مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم رتبه بندی شده است، که از ۱ تا ۵ نمره گذاری شد.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، به افراد توضیحات لازم در خصوص نوع مطالعه ارائه گردید و به آنها اطمینان داده شد که مشارکت آنها داوطلبانه و کاملاً محرمانه است و در صورت عدم تمایل، می توانند در مطالعه شرکت نکنند. در مرحله تعیین روایی، پرسشنامه توسط چند تن از اساتید صاحب نظر مورد بازبینی قرار گرفت. پایایی ابزار جمع آوری اطلاعات بر اساس آزمون مجدد و تعیین آلفای کرونباخ ارزیابی شد. پرسشنامه ها کدگذاری و قابل تشخیص بودند و نشانی و شماره تلفن افراد در مرحله اول در فهرست اسامی توسط محقق ثبت شده بود. در مرحله قبل از انجام مداخله آموزشی پرسشنامه پیش آزمون توسط نمونه های مورد مطالعه تکمیل شد. در صورت عدم درک سوالات، پرسشنامه برای افراد توسط خود محقق خوانده می شد تا ابهامات برطرف شود. آموزش خودآزمایی پستان توسط کارشناس ارشد مامایی توانمند از لحاظ برقراری ارتباط و

زن مبتلا به سرطان پستان، در سال ۱۳۹۰ با تعرفه دولتی ۱۳۳/۶۹۹/۸۲۰ ریال و با تعرفه بخش خصوصی ۵/۴۸۷/۱۰۰ ریال و با تعرفه دولتی ۷/۴۶۲/۴۵۶ ریال برآورد شده است^[16]. البته در سه سال اخیر با توجه به اجرای طرح تحول تفاوت اساسی در هزینه ها مشاهده می شود.

امروزه مشخص شده است که ارزش برنامه های آموزش بهداشت، به اثربخشی این برنامه ها بستگی دارد و اثربخشی برنامه های آموزش بهداشت به میزان قابل توجهی بستگی به استفاده صحیح از تئوری ها و مدل های مورد استفاده در آموزش بهداشت دارد^[17,18]. براین اساس، در پاسخ به رویکردهای مبتنی بر تئوری، در این پژوهش از تئوری رفتار برنامه ریزی شده (TBP) استفاده شده است. که در مطالعات زیادی از جمله آموزش رفتارهای سالم، تنظیم خانواده و سرطان پستان مورد استفاده قرار گرفته است این نظریه بیان می کند که نگرش به رفتار، هنجار ذهنی در مورد رفتار و کنترل رفتار درک شده ۳ سازه اصلی تعیین کننده قصد به انجام رفتار می باشد^[19]. سازه های مدل رفتار برنامه ریزی شده شامل (رفتار- قصد رفتاری- نگرش نسبت به رفتار- هنجارهای انتزاعی- کنترل رفتاری درک شده) می باشد. در این تئوری بیان می شود که رفتار یا قصد رفتاری تحت تاثیر عوامل خارج از کنترل فرد (محیط، عوامل اجتماعی، فرهنگی و ...) قرار می گیرند^[19,20].



شکل ۱) تئوری رفتار برنامه ریزی شده

همان طور که می دانیم پیشگیری از سرطان بجز با برنامه ریزی دقیق و آینده نگری و افزایش آگاهی افراد امکان پذیر نخواهد بود. لذا در این مطالعه سعی شد تا علاوه بر ایجاد نگرش مطلوب رفتار در زنان به عوامل اجتماعی، محیطی، فرهنگی و مهمترین اشخاصی که در بقاء رفتار می توانند تاثیر گذار باشند هم توجه شود.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک کارآزمایی در عرصه است که در سال ۱۳۹۴

حالی که بعد از مداخله اختلاف میانگین نمرات این متغیرها بین دو گروه از نظر آماری معنی دار شد (جدول ۲). جدول (۴) نشان می دهد که قبل از مداخله ۵۱/۶ درصد زنان گروه شاهد رفتار خودآزمایی پستان را انجام می دادند ولی در ۳ ماه بعد از مداخله رفتار خودآزمایی پستان به ۶۳/۸ درصد افزایش پیدا کرد.

جدول (۱) ویژگی دموگرافیک در زنان شرکت کننده در مطالعه به تفکیک دو گروه

مداخله و شاهد n=140

متغیر	گروه مداخله تعداد(درصد)	گروه شاهد تعداد(درصد)	p-value	
سطح تحصیلات	ابتدایی	۷ (۱۰)	۷ (۱۴)	
	راهنمایی	۱۷ (۲۴/۳)	۲۰ (۳۷)	
	دیپلم	۳۹ (۵۵/۷)	۳۴ (۷۳)	
	فوق دیپلم و لیسانس	۷ (۱۰)	۹ (۱۶)	
شغل	خانه دار	۶۹ (۹۸/۶)	۶۶ (۹۴/۳)	
	کارمند	۰ (۰)	۲ (۲/۹)	
	آزاد	۱ (۱/۴)	۲ (۲/۹)	
شیردهی	شیردادن	۶۵ (۹۲/۹)	۶۳ (۹۰)	
	شیرندان	۵ (۷/۱)	۷ (۱۰)	
تعداد فرزندان	نداشتن فرزند	۳ (۴/۳)	۳ (۴/۳)	
	یک فرزند	۱۳ (۱۸/۶)	۱۶ (۲۲/۹)	
	دو فرزند	۲۰ (۲۸/۶)	۲۳ (۳۲/۹)	
	سه فرزند	۲۵ (۳۵/۷)	۲۳ (۳۲/۹)	
	چهارفرزند	۸ (۱۱/۴)	۴ (۵/۷)	
	پنج فرزند	۱ (۱/۴)	۱ (۱/۴)	
منبع کسب اطلاعات	هیچکدام	۲ (۲/۹)	۶ (۸/۶)	
	مسولین مراکز	۵۳ (۷۵/۷)	۳۴ (۴۸/۶)	
	پزشک	۵ (۷/۱)	۳ (۴/۳)	
	رسانه های جمعی	۵ (۷/۱)	۱۴ (۲۰)	
	کتاب و مجلات	۰ (۰)	۶ (۸/۶)	
	افراد مبتلا	۱ (۱/۴)	۲ (۲/۹)	
	دوستان	۴ (۴/۷)	۳ (۴/۳)	
	اینترنت	۰ (۰)	۲ (۲/۹)	
	سن *	۳۷/۵۱± ۶/۵۲	۳۷/۰۳± ۶/۸۶	۰/۶۶۸
	سن ازدواج *	۱۸/۴۹± ۳/۲۱	۱۸/۷۴± ۳/۴۲	۰/۶۴۷
سن حاملگی *	۲۰/۱± ۵/۶۳	۲۰/۴۴± ۵/۰۵	۰/۷۰۵	

* میانگین ± انحراف معیار

علاقمند به آموزش در مرکز بهداشتی درمانی فیاض بخش شهر گناباد صورت گرفت. مداخله آموزشی بر اساس سازه های تئوری برنامه ریزی شد و در طی آموزش حسب نیاز از روش چهره به چهره، پرسش و پاسخ، پیامدهای مثبت و منفی انجام رفتار، عوامل تسهیل کننده رفتار و انگیزش پیروی از اطرافیان تاثیرگذار، ارائه پمفلت آموزشی و در مورد روش خودآزمایی پستان به روش آموزش تصویری، ایفای نقش و تمرین توسط شرکت کننده ها، انجام شد ولی در گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. تاثیر مداخله بر روی قصد و عملکرد انجام خودآزمایی پستان بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله ارزیابی شد، بدین صورت که مجددا پرسشنامه ها در اختیار همان زنان شرکت کننده، قرار داده شد. پس از تکمیل پرسشنامه ها نتایج حاصل از پرسشنامه های سه مرحله با استفاده از آزمون های آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات، آزمون t استودنت، کای اسکوتر و تحلیل واریانس چند متغیره در سطح معنی داری $\alpha < 0/05$ بین دو گروه مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

بر اساس نتایج جدول شماره ۱ میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش ۳۷/۲۷ سال، اکثریت دارای مدرک دیپلم (۵۲/۱٪) دارای ۲ تا ۳ فرزند (۳۲/۴۵٪)، خانه دار (۹۶/۴٪)، به فرزندان خود شیر داده اند (۹۱/۴٪) و بیشترین منبع کسب اطلاعات شرکت کنندگان در پژوهش مسئولین مراکز بهداشتی (۶۲/۱٪) بوده.

همچنین بر اساس نتایج جدول شماره ۱، آزمون کای دو، اختلاف آماری معنی داری را از نظر ویژگیهای دموگرافیک از قبیل، سطح تحصیلات، اشتغال و... بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله نشان نداد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد که از میان متغیرهای مورد بررسی بیشترین اختلاف بین نمرات قبل، بلافاصله بعد از مداخله آموزشی و ۳ ماه بعد، گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد به ترتیب مربوط به نمره کنترل رفتاری درک شده $3/01 \pm 3/23$ و $2/96 \pm 3/85$ بود. (جدول شماره ۲)

به منظور بررسی تاثیر مداخله بر روی سازه های مورد نظر، تفاضل میانگین سازه های مدل بعد و قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل از طریق مقایسه های زوجی با آزمون تعقیبی توکی برای تک تک سازه ها محاسبه گردید و همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود این تفاضل در تمام سازه ها از نظر آماری در سطح اطمینان ۹۵ درصد، معنی دار شد. در گروه مداخله تفاضل میانگین سازه ها به طور معنی داری بیشتر است.

آزمون آماری قبل از انجام مداخله، از نظر متغیرهای اصلی پژوهش یعنی رفتارهای غربالگری، نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری بین دو گروه مداخله و شاهد اختلاف آماری معنی داری را نشان نداد در

جدول ۲) مقایسه میانگین سازه های مدل TPB قبل ، بلافاصله و ۳ ماه بعد به تفکیک دو گروه مداخله و شاهد

متغیر	گروه	مداخله (۷۰ نفر)			کنترل (۷۰ نفر)		
		۳ ماه بعد	بلافاصله	قبل از مداخله	۳ ماه بعد	بلافاصله	قبل از مداخله
نگرش		۳۶/۹۹ ± ۲/۵۶	۳۴/۷۷ ± ۳/۲۴	۳۳/۵۴ ± ۴/۶۵	۳۳/۳۹ ± ۴/۳۰	۳۳/۴۷ ± ۴/۰۴	قبل از مداخله
نرم های ذهنی		۲۹/۴۱ ± ۴/۰۵	۳۰/۰۳ ± ۳/۴۶	۲۷/۷۴ ± ۳/۶۳	۲۶/۲۶ ± ۵/۰۳	۲۵/۵۴ ± ۴/۴۰	
کنترل رفتاری درک شده		۳۳/۱۸۹ ± ۳/۴۸	۳۴/۱۶ ± ۳/۱۱	۳۰/۹۳ ± ۳/۷۲	۲۹/۵۴ ± ۵/۳۱	۲۹/۲۱ ± ۴/۵۸	
قصد رفتاری		۱۸/۲۶ ± ۱/۹۷	۱۸/۸۱ ± ۱/۷۰	۱۷/۳۷ ± ۱/۸۴	۱۶/۲۰ ± ۳/۱۰	۱۶/۲۰ ± ۳/۰۲	

جدول ۳) مقایسه اختلاف میانگین سازه های مدل TPB ۳ ماه بعد، بلافاصله بعد و قبل از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد

متغیر	گروه	قبل و بلافاصله		قبل و ۳ ماه بعد از آموزش	
		p-value	اختلاف میانگین (انحراف معیار)	p-value	اختلاف میانگین (انحراف معیار)
نگرش	آزمایش	۰/۰۰۱	(۳/۱۵) - ۲/۲۱	۰/۰۰۱	(۳/۹۷) - ۱/۷۴
	کنترل	۰/۷۵۲	(۲/۲۶) - ۰/۰۹	۰/۷۵۲	(۲/۷۰) - ۰/۰۷
نرم های ذهنی	آزمایش	۰/۰۰۱	(۳/۴۶) - ۲/۲۹	۰/۰۰۱	(۴/۵۲) - ۱/۶۷
	کنترل	۰/۲۸۴	(۲/۸۸) - ۰/۳۷	۰/۲۸۴	(۳/۵۴) - ۰/۷۱
کنترل رفتاری درک شده	آزمایش	۰/۰۰۱	(۳/۰۱) - ۳/۲۳	۰/۰۰۱	(۳/۸۵) - ۲/۹۶
	کنترل	۰/۲۰۳	(۳/۲۵) - ۰/۵۰	۰/۲۰۳	(۴/۲۱) - ۰/۸۳
قصد رفتاری	آزمایش	۰/۰۰۱	(۱/۹۹) - ۱/۴۴	۰/۰۰۱	(۲/۵۶) - ۰/۸۹
	کنترل	۰/۹۳۸	(۱/۵۲) - ۰/۰۱	۰/۹۳۸	(۱/۸۴) - ۰/۰۱

جدول ۴) مقایسه رفتار خودآزمایی پستان به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	مداخله		Chi-square test
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
رفتار خودآزمایی پستان	قبل	۳۲ (۵۱/۶)	۳۰ (۴۸/۴)	۰/۷۳۴
	بلافاصله	۴۸ (۵۸/۵)	۳۴ (۴۱/۵)	۰/۰۱۶
	۳ ماه بعد	۶۰ (۶۳/۸)	۳۴ (۴۱/۵)	۰/۰۰۰

بحث

مداخله بر ارتقاء رفتارهای غربالگری سرطان های پستان و دهانه رحم در بین زنان کم درآمد ۵۰ ساله و بالاتر صورت گرفته افزایش انجام رفتارهای غربالگری بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله را معنی دار گزارش نمود [23].

در مطالعه Norman با عنوان " تئوری رفتار برنامه ریزی شده و انجام خودآزمایی پستان در دانشگاه شفیلد انگلستان انجام شد. " هدف پیش بینی سازه های قصد رفتاری و رفتار خودآزمایی پستان در بین ۷۷ زن برای یک ماه مورد بررسی قرار گرفت مشخص شد که ۳۳٪ افراد در مرحله قصد رفتاری و ۱۱٪ در مرحله رفتار خودآزمایی پستان قرار دارند [24].

مطالعه حاضر مداخله آموزشی مبتنی بر سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی است. که به منظور ارتقاء رفتار خودآزمایی پستان بر روی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر گناباد انجام گردید. نتایج نشان داد که آموزش بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر رفتارهای غربالگری سرطان پستان از طریق سازه های تئوری، موجب ارتقا انجام رفتارهای غربالگری می شود. که یافته های بدست آمده با نتایج مطالعات هاتف نیا با هدف ارتقاء ماموگرافی با مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده در سال ۱۳۸۸ که بر روی زنان شاغل ۳۵ سال به بالا مورد بررسی قرار گرفته است [22] و مطالعه فرناندز و همکاران با عنوان بررسی تاثیر

پستان در طراحی مداخلات آموزشی باشد.

تقدیر و تشکر: محققان از تمامی کسانی که در این پژوهش شرکت داشتند اعم از تمامی زنان شرکت کننده در مطالعه، مسئولین و پرسنل مراکز بهداشتی درمانی از جمله مرکز بهداشتی درمانی فیاض بخش گناباد کمال تشکر را داریم.

تاییدیه اخلاقی: این مطالعه حاصل پایان نامه دوره کارشناسی ارشد آموزش بهداشت است که با شماره (REC ۱۳۹۳، ۱۳۳۱، GMU) در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گناباد به ثبت رسیده است. همچنین مجوز اخلاقی آن توسط کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گناباد صادر شده است.

تعارض منافع: موردی توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان: دکتر محمد مطلبی (نویسنده اول)، نگارش مقاله/روش شناسی/ویرایش مقاله، (۳۵٪)؛ دکتر عبدالجواد خواجهوی (نویسنده دوم)، ویرایش مقاله/تجزیه تحلیل داده ها، (۲۰٪)؛ فریبا عسکری (نویسنده سوم)، اجرا برنامه آموزشی، (۱۰٪)؛ مریم صابری (نویسنده مسئول)، نگارش مقاله/اجرای برنامه آموزشی/ویرایش مقاله، (۳۵٪).
منابع مالی: حمایت مالی این پژوهش توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گناباد صورت گرفته است.

منابع

- 1- Emami Razavi S, Aghajani H, Haghazali M, Nadali F, Ramazani F, Dabiri E, et al. The most common cancers in Iranian women. *Iranian Journal of Public Health*. 2009;38(1):109-12.
- 2- Sabatino SA, Lawrence B, Elder R, Mercer SL, Wilson KM, Devinney B, et al. Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: nine updated systematic reviews for the guide to community preventive services. *Am J Prev Med*. 2012;43(1):97-118.
- 3- Kolahdoozan S, Sadjadi A, Radmard AR, Khademi H. Five common cancers in Iran. *Arch Iran Med*. 2010;13(2):143-6.
- 4- Aqajani H, Etemad K, Goya MM, Ramezane R, Moderean M, Nadeale F. Iranian annual of national Cancer Registration report 2008-2009, cancer for diseases control & prevention non-communicable diseases unit cancer office. *Tandis Publishing* 2011.p:15
- 5- Ramezane R, Hagh Azale M, Donlo M, Sedege Z, Daberi A, Partoe Por A, et al. Iranian annual of national Cancer Registration report 2006-2007, cancer for diseases control & prevention non-communicable diseases unit cancer office. p:26.

در مطالعه سرگزی با عنوان "تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر رفتارهای منجر به تشخیص زود هنگام سرطان پستان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان سال ۱۳۹۲ انجام شده"، در این مطالعه مداخله آموزشی سبب ارتقاء نمرات آگاهی در گروه مداخله درمقایسه با شاهد گردید. در مورد سازه قصد رفتاری، نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده افزایش معنی دار اختلاف میانگین نمرات این سازه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن در گروه مورد بود در مورد متغیر هنجارهای ذهنی، اختلاف آماری معنی داری بین دو مرحله قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله مشاهده نشد، اما همبستگی معنی دار آماری بین هنجارهای ذهنی و رفتار وجود دارد [21].

کشاورز و همکاران در مطالعه ای با عنوان عوامل تأثیرگذار بر غربالگری سرطان پستان و دهانه رحم زنان کارگر در سنین باروری بر پایه مدل تلفیقی تئوری رفتار برنامه ریزی شده و خودکارآمدی در سال ۱۳۹۰ مشخص گردید که آگاهی و نگرش کارگران در زمینه غربالگری سرطان پستان و دهانه رحم پایین است پس لزوم طراحی مداخلات آموزشی برای افزایش آگاهی و ایجاد نگرش مثبت به غربالگری و تشخیص زودرس آن در جامعه لازم است در این مطالعه هزینه بالای تست های غربالگری از موانع پیش روی رفتارهای غربالگری بودند [25].

و همچنین با مطالعه صادق نژاد به منظور مقایسه تأثیر روشهای آموزش بهداشت در ارتقاء خودآزمایی پستان در دو گروه مداخله و شاهد انجام داد، همخوانی دارد [26].

این پژوهش مانند هر مطالعه دیگری دارای نقاط قوت و محدودیتی بود. استفاده از مدل در مداخله آموزشی، تخصیص و پیگیری آزمودنی ها و اینکه مبتنی بر جامعه هدف بوده را می توان به عنوان نقاط قوت این مطالعه ذکر کرد. از محدودیتهای این مطالعه این بود که در این مطالعه مداخله ای بر روی آموزش افراد کلیدی مانند پدر و مادر، همسر، دوستان و ... انجام نشد. برای رفع این نقیصه، پیشنهاد می شود در مطالعات آتی مداخلات لازم در خصوص آموزش افراد کلیدی مانند پدر و مادر، همسر، دوستان و ... صورت بگیرد. همچنین در مطالعات بعدی این مدل آموزشی با مدل های دیگر که مجموعه عوامل فردی و اجتماعی را همزمان بررسی می نمایند، مقایسه شود.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان می دهد که آموزش از طریق سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده می تواند ارتقاء رفتارهای غربالگری بیماریهای پستان در زنان را در پی داشته باشد. همچنین نتایج این مطالعه حاکی است که تغییر مثبت در رفتار خودآزمایی پستان بیش از سایر سازه های تئوری مذکور متأثر از سازه نگرش است که می تواند تأکیدی بر اهمیت نقش سازه نگرش در تغییر رفتار خودآزمایی

- health education towards theory-oriented health education. *Health Promotion Edu J*. 2005;1:75-9. [Persian].
- 18- Glanz K, Rimer B, Lewis F, Jossey-Bass S. Health behavior and health education: theory, research, and Practice (3rd edn). Education for Health. 2004;17(3):399-40
- 19- Saffari M, Shojaezadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia AR, Pakpour A. Health education & promotion, theories, models & methods. Tehran: Sobhan; 2009. pp: 82-83.
- 20- Baheiraei A, Mirghafourvand M. Health promotion from concepts to practice, Edition(1); 2011:111-17
- 21- Sargazi M, Mohcene M, Safarnavadh M, Eranpor A, MerZae M, Jahane E. Effect educational intervention based on the theory of planned behavior leads to early detection of breast cancer in women referred to health centers in Zahedan, 2013. *Quarterly breast diseases Iran*. 2014; 7(2): 55-45.
- 22- Hatafnia E, Niknami SH. 2009. Effects of training based of the theory of planned behavior to promote mammography in women working. *Journal of Birjand Medical Science University*. 2009;17(1):50-7. [In Persian].
- 23- Fernandez ME, Gonzales A, Tortolero- Luna G, Williams J, Saavedra -Embese M, Chan W, et al. Effectiveness of cult ivando la salud: a breast and cervical cancer screening promotion program for low-incom Hispanic women. *Am J Public Health*. 2009;99(5):936-43.
- 24- Norman P, Cooper Y. (2011) The theory of planned behaviour and breast self-examination: Assessing the impact of past behaviour, context stability and habit strength. *Psychology & Health*. 2011;26:9, 1156-72. DOI: 10.1080/08870446.2010.481718 <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2010.481718>
- 25- Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A, Alavi Majd H. Factors influencing the behavior of female-workers in the reproductive age regarding breast and cervical cancer screening based on the integrated model of planned behavior and self-efficacy: A qualitative approach . *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2011;(3):923-36
- 26- Sadeghnezhad F, Niknami SH, Ghaffari M. Comparison of the effects of health promotion Rvshhayamvzsh BSE. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2008;15(4):48-38:
- 6- Lynn S. Bickley , Bates guide to physical examination and history-taking 11 th ed, c2013 . transl by Giratean MM. (2) 2013.
- 7- Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(4):212-36.
- 8- Perasteh A, Kajave ShK, Kolde N, Davate A. Stages of change and the predicted structures to perform breast self-examination referred to health centers in Tehran in 1390. *IJOGI*. 2013; 16(70):16-23.
- 9- Iranian annul of national Cancer Registration report 2002. Center for Disease control & prevention non-communicable Deputy Cancer office. Publication kelk deren Summer 2005
- 10- Abedeni M, Alamh M, Kaveani A, Motlag MA. Clinical examination and diagnosis of breast diseases (Especially doctors and health care experts) 2010. For Elderly Health Bureau, Health Bureau of Population, families and schools, the Ministry of Health and Medical Education. Mezrab Publishing 2010
- 11- Fentiman IS. Fixed and modifiable risk factors for breast cancer. *Int J Clin Pract*. 2001;55(8):527-30.
- 12- 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):283-9.
- 13- Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, et al (eds). SEER Cancer statistics review, 1975-2000: National Cancer Institue. Available at: http://SEER.cancer.gov/csr/1975_2000
- 14- Maleki A, Delkhoush M, Haji Amini Z, Ebadi A, Ahmadi Kh, Ajali A. Effect of puberty health education through reliable sources on health behaviors of girls. *Journal of Behavioral Sciences* 2010;4(2):155-61. [Persian].
- 15- Ghahremani L. Impact of pubertal education on healthy behaviors of girls, Middle_school Chabahr. thesis. Tehran Tarbiat Modarres School of Medicine, 2004. [Persian].
- 16- Davari M, Mokarian F, Hosseini M, Aslani A, Nazari A, Yazdanpanah F. Direct medical costs of breast cancer in Iran; analyzing patients level data from a cancer specific hospital in Isfahan, Iran. *Health Information Management*. 2013; 10(3):1-10.
- 17- Allahverdi Poor H. Passing through traditional