

بررسی و مقایسه اثربخشی سه روش آموزش بهداشت بر ارتقاء میزان آگاهی رابطین بهداشتی نسبت به خودآزمایی پستان

علیرضا دیدارلو^۱، رضا پورعلی^{۲*}، رسول قره آغاجی^۳، بهلول رحیمی^۴

تاریخ دریافت 1392/10/23 تاریخ پذیرش 1392/12/25

چکیده

پیش زمینه و هدف: در دهه‌های اخیر سرطان پستان به علت بروز و شیوع بالا، عمده‌ترین چالش و مشکل بهداشتی در بین زنان در سراسر دنیا است. با آموزش زنان در مورد رفتارهای غربالگری سرطان سینه به ویژه خودآزمایی سینه می‌توان بیماری را در مراحل اولیه تشخیص و درمان کرد. هدف مطالعه حاضر بررسی کارایی و اثر بخشی سه شیوه آموزش بهداشت بر ارتقای آگاهی رابطین بهداشتی در مورد خودآزمایی پستان است.

مواد و روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی به تعداد ۱۲۰ نفر از رابطین بهداشتی مرکز بهداشتی و درمانی شهدا شهرستان ارومیه به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. ابتدا پرسشنامه دو بخشی پژوهشگر ساخته (مشخصات فردی و سؤالات آگاهی) معتبر و پایا توسط رابطین بهداشتی تکمیل شد و در مرحله بعد نمونه‌ها به چهار گروه مساوی تقسیم شدند (یک گروه کنترل و سه گروه آموزشی). برای سه گروه آموزشی، برنامه آموزشی بر اساس سه روش آموزشی متفاوت انجام پذیرفت ولی گروه کنترل در معرض مداخله آموزشی قرار نگرفت. برای مقایسه وضعیت آگاهی و یا میانگین نمره آگاهی قبل و بعد از آموزش در گروه‌های مورد مطالعه از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (جداول فراوانی، آزمون‌های آماری تی زوج و کای اسکوتر) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نمونه‌ها دارای میانگین سنی $33/01 \pm 7/6$ سال بوده و محدوده سنی ۱۸ تا ۵۳ سال داشتند. نتایج آشکار کرد که آموزش با هر سه روش آموزشی (غیرمستقیم، مستقیم و غیر مستقیم ترکیبی)) باعث بالا رفتن سطح آگاهی رابطین بهداشتی در مورد خودآزمایی پستان می‌شود ($p < 0/001$). همچنین آزمون تی زوج وجود ارتباط معنی‌دار آماری را در گروه‌های آموزشی قبل و بعد از آموزش نشان داد ($p < 0/001$). آزمون کای اسکوتر ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای سن و سطح تحصیلات نمونه‌ها را با سطح آگاهی آن‌ها نشان داد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر در مورد اثر آموزش بر سطح آگاهی رابطین بهداشتی در زمینه خودآزمایی پستان، به کارگیری روش‌های آموزشی غیرمستقیم، مستقیم و به ویژه مستقیم و غیرمستقیم (روش ترکیبی) در مراکز بهداشتی - درمانی مفید خواهد بود.

کلید واژه‌ها: سرطان پستان، خودآزمایی پستان، روش‌های آموزشی، رابطین بهداشتی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره دوم، پی در پی 55، اردیبهشت 1393، ص 116-109

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پزشکی، تلفن: ۰۴۴۱-۲۷۰۳۹۷
Email: rezap2@yahoo.com

مقدمه

می‌دهد. اگر این سرطان در مراحل اولیه تشخیص داده شود، قابل درمان و کنترل است و برای شناسایی و تشخیص آن می‌توان از روش‌های غربالگری استفاده نمود (۱). شواهدی در دسترس است که غربالگری این بیماری روی مرگ و میر ناشی از این سرطان اثر مطلوب دارد (۲).

سرطان سینه یکی از انواع سرطان‌ها در بین زنان سراسر جهان است. این بیماری به ویژه در کشورهای در حال توسعه به طور چشمگیری در حال افزایش بوده و در بیشتر موارد این سرطان در مراحل پایانی بیماری شناخته می‌شود. سرطان سینه ۱۶ درصد سرطان‌های مختص به زنان را به خود اختصاص

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ مربی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار، گروه آمارزیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ دانشیار، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

روش آموزشی (مستقیم، غیر مستقیم و ترکیبی) بر ارتقای آگاهی رابطن بهداشتی در خصوص خود آزمایی پستان انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک تحقیق نیمه تجربی^۱ از نوع آزمون-شاهدی است که به منظور ارزیابی و مقایسه تأثیر روش‌های آموزش بهداشت بر آگاهی رابطن بهداشتی شهر ارومیه نسبت به خود آزمایی پستان انجام پذیرفت. جامعه آماری در این بررسی کلیه رابطن بهداشتی شهرستان ارومیه بود که از بین مراکز بهداشتی و درمانی تابعه مرکز بهداشت ارومیه، مرکز بهداشتی و درمانی شهدا به عنوان خوشه انتخاب و از آن به تعداد ۱۲۰ نفر با استفاده از نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و سپس آن‌ها به چهار گروه ۳۰ نفری تقسیم شدند. برای جمع آوری داده‌ها از واحدهای مورد مطالعه از یک پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر دو بخش (مشخصات دموگرافیکی و سؤالات آگاهی سنج) مورد استفاده قرار گرفت. در بخش اول که حاوی ۲ سؤال می‌باشد که فقط سن و سطح تحصیلات واحدهای مورد پژوهش، مورد پرسش قرار گرفت. بخش دوم پرسشنامه شامل ۱۴ سؤال بوده که جهت مطالعه میزان آگاهی رابطن بهداشتی در زمینه خودآزمایی پستان طرح گردیده است. بر اساس پرسشنامه مطالعه، برای رتبه بندی سطح آگاهی رابطن، به مجموعه سؤالات این بخش ۱۴ نمره داده شد و افراد با توجه به نمره کسب شده به سه رده: دارای آگاهی ضعیف (امتیاز کمتر از ۷ یا امتیاز کمتر از ۵۰ درصد از کل امتیاز)، دارای آگاهی متوسط (امتیاز ۷-۱۰ یا امتیاز ۵۰ تا ۷۴ درصد از کل امتیاز) و دارای آگاهی خوب (امتیاز بیشتر از ۱۰ یا امتیاز بیشتر از ۷۴ درصد از کل امتیاز) تقسیم بندی شدند.

برای سنجش روایی این پرسشنامه از شاخص روایی محتوا با استفاده از پانل کارشناسان استفاده گردید. با دریافت نظرات و پیشنهادات کارشناسان، اصلاحات لازم در پرسشنامه انجام پذیرفت و روایی آن تایید گردید. به منظور کسب اعتماد علمی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده گردید. بدین ترتیب که تعداد ۲۰ نفر از رابطن بهداشتی انتخاب گردیدند و به فاصله ده روز دو بار پرسشنامه توسط آن‌ها تکمیل شد و سپس با استفاده از روش تجزیه و تحلیل موردی، در مورد هر یک از سؤالات، پاسخ داده شده در هر دو نوبت از نظر تداوم و همگونی مورد بررسی قرار گرفت و بدین ترتیب اعتماد علمی پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت.

در صورتی که این بیماری در مراحل اولیه یعنی زمانی که سرطان محدود به پستان است، تشخیص داده شود، ۷۵ تا ۹۰ درصد از زنان از زندگی پنج ساله سالمی برخوردار خواهند بود، چنانچه در مرحله دوم بیماری که سرطان به غدد لنفاوی دست اندازی کرده است، تشخیص داده شود، احتمال بقای پنج ساله بیماری به ۱۶ درصد کاهش می‌یابد (۳). در بین روش‌های غربالگری سرطان سینه، خود آزمایی پستان یکی از ارکان اصلی غربالگری سرطان است، به طوری که انجمن سرطان آمریکا انجام ماهانه و مداوم خودآزمایی پستان را به زنان بالای ۲۰ سال بالاخص برای سنین بالای ۳۵ سال توصیه کرده و نیز به عنوان یک روش سالم و ارزان و غیر مهاجم جهت پیشگویی سرطان پستان قلمداد می‌شود (۴). منظور از خودآزمایی پستان، امتحان و آزمایش کردن پستان بعد از عادت ماهانه است، به دلیل اینکه در این زمان بافت پستان نرم است و فرد می‌تواند بافت طبیعی را از غیر طبیعی تشخیص دهد (۵).

با توجه به اینکه پذیرش و انجام روش خودآزمایی سینه با سطح آگاهی، میزان نگرش و مهارت زنان ارتباط تنگاتنگی دارد، از این رو ضروری است زنان برای انجام صحیح و دقیق روش فوق، دستورالعمل آن روش را به خوبی فراگیرند و با ظاهر و لمس پستان خود کاملاً آشنا شده تا با کوچک‌ترین تغییری، آن را به پزشک خود اطلاع دهند (۶).

چون در بیشتر موارد توده‌های پستان توسط خود افراد شناسایی می‌شوند، آموزش صحیح خود آزمایی پستان از اهمیت اساسی برخوردار است و انجام صحیح و تأثیر آن در غربالگری سرطان پستان وابسته به آموزش زنان و تداوم آموزش به روش‌های مختلف است (۷). با توجه به نتایج مطالعات انجام شده، سطح آگاهی زنان از علائم سرطان پستان و روش‌های غربالگری آن به ویژه روش خودآزمایی پستان پایین می‌باشد و نیز عوامل روانی و اجتماعی از جمله ترس از سرطان، نداشتن وقت کافی، فراموش کاری از موانع انجام این روش است (۸). بنابراین برای آن که انجام خودآزمایی سینه به یک حد مطلوب از نظر کیفیت و استمرار برسد، استفاده مناسب از روش‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ضروری می‌باشد (۹).

بدیهی است روش‌های مختلف آموزش بهداشت در زمینه موضوعات بهداشتی که در مطالعه حاضر خود آزمایی سینه می‌باشد، دارای تأثیرات متفاوتی هستند و تعیین مؤثرترین و مناسب‌ترین روش می‌تواند نقش بسزایی در کاهش هزینه‌ها و نیز دوباره کاری‌ها در طراحی و اجرای مداخلات آموزش بهداشت داشته باشد. مطالعه حاضر به منظور بررسی و مقایسه اثربخشی سه

¹ Quasi-experimental

بوده‌اند. ۲۲/۴ در صد دارای سواد راهنمایی و ۹/۲ در صد نیز از سواد دبیرستان و بالاتر برخوردار بودند. ۱۵/۸ در صد رابطین بهداشتی از نعمت سواد محروم بودند. درصد رابطین بی سواد در گروه سنی ۲۴ ساله و کمتر، صفر می‌باشد. در گروه‌های سنی ۲۹-۲۵ و ۴۰ سال و بیشتر کسی در حد دبیرستان و بالاتر سواد نداشتند. درصد افراد بی سواد در گروه‌های سنی ۳۵-۳۹ و ۴۰ ساله و بالاتر، نسبت به سایر گروه‌های سنی بیشتر است. درصد رابطین بهداشتی با سطح سواد دبیرستان و بالاتر در گروه سنی ۳۴-۳۰ ساله در مقایسه با سایر گروه‌های سنی بیشتر است.

نتایج نشان داد که میزان آگاهی رابطین بهداشتی مورد مطالعه در مورد خودآزمایی پستان در مرحله قبل از آموزش، ضعیف بوده و هیچ یک از رابطین بهداشتی از میزان آگاهی متوسط یا خوب برخوردار نبودند و اختلاف بین گروه‌های آموزش دیده و ندیده از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). بعد از مداخله آموزشی وضعیت آگاهی سه گروه آموزش دیده بیشتر در محدوده‌ی خوب و متوسط قرار گرفت، ولی نمره گروه کنترل تغییر چندانی نکرد و همچنان در محدوده‌ی ضعیف باقی ماند و این اختلاف به لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$). به عبارت دیگر آزمون آماری تی زوج با بیش از ۹۹ درصد اطمینان، رابطه معنی‌داری بین دو متغیر مرحله آموزش و میزان آگاهی رابطین بهداشتی را نشان می‌دهد (جدول ۱).

پس از روان‌سنجی ابزار مطالعه، از بین چهار گروه موجود سه گروه به عنوان گروه‌های آموزشی ۱، ۲، ۳ در نظر گرفته شد و هر یک از آن‌ها در معرض مداخله آموزشی با استفاده از یک روش آموزشی خاص قرار گرفتند. ولی گروه چهارم به عنوان گروه کنترل در معرض هیچ‌گونه مداخله آموزشی قرار نگرفت. به این ترتیب که گروه اول را با روش غیر مستقیم (ارائه پمفلت آموزشی)، گروه دوم را با روش مستقیم (برگزاری دو جلسه آموزشی دو ساعته در طی دو هفته با استفاده از روش‌های آموزشی سخنرانی و پرسش و پاسخ)، گروه سوم را با روش مستقیم و غیر مستقیم (ارائه آگاهی هم از طریق سخنرانی و پرسش و پاسخ و هم از طریق پمفلت آموزشی) آموزش داده‌ایم. حداقل سه هفته بعد از اجرای برنامه آموزشی، مجدداً داده‌های مربوط به آگاهی رابطین بهداشتی در هر چهار گروه مورد مطالعه، توسط پرسشنامه پیش آزمون جمع‌آوری گردید. سپس داده‌های حاصله با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (جداول فراوانی، شاخص‌های مرکزی و آزمون‌های کای اسکور و آنالیز واریانس یک طرفه) در نرم افزار آماری بنام SPSS تحت ویندوز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری در این مطالعه در تمام بررسی‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر آشکار کرد که بیشتر رابطین بهداشتی مورد مطالعه (۵۲/۶ درصد) دارای سواد در سطح ابتدایی

جدول (۱): مقایسه میانگین نمره آگاهی در گروه‌های مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش

متغیر	گروه	موقعیت	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
آگاهی	شاهد	قبل از آموزش	۲/۳۳	۰/۶۰	۰/۲۳
		بعد از آموزش	۲/۴۰	۱/۰۴	(آزمون تی زوج)
	آموزشی ۱ (روش غیر مستقیم)	قبل از آموزش	۱/۹۳	۰/۷۳	۰/۰۰۰
		بعد از آموزش	۱۰/۲۰	۲/۴۶	(آزمون تی زوج)
		قبل از آموزش	۲/۴۶	۰/۹۷	۰/۰۰۰
		بعد از آموزش	۱۰/۰۳	۲/۲۰	(آزمون تی زوج)
آموزشی ۲ (روش مستقیم)	قبل از آموزش	۲/۲۶	۰/۹۰	۰/۰۰۰	
	بعد از آموزش	۱۱/۸۶	۲/۲۰	(آزمون تی زوج)	

ملاحظه‌ای بیشتر از دو گروه دیگر است به طوری که در این گروه ۸۰ درصد رابطین دارای آگاهی خوب بوده است در حالی که میزان آگاهی رابطین گروه‌های آموزش یافته به وسیله روش مستقیم و غیر مستقیم (بطور جداگانه) به ترتیب ۴۳/۳ در صد و ۳۶/۷ درصد بودند (جدول ۲).

نتایج مطالعه بیانگر آن است که ارتقاء میزان آگاهی رابطین بهداشتی که به روش غیر مستقیم آموزش دیدند کمتر از دو گروه دیگر رابطین بوده و نزدیک به میزان آگاهی گروه رابطین با آموزش مستقیم است در حالی که میزان آگاهی گروه رابطین که به روش مستقیم و غیر مستقیم (ترکیبی) آموزش دیدند به طور قابل

جدول (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه برحسب میزان آگاهی ناشی از روش‌های آموزشی بعد از آموزش

شاخص	روش آموزش بهداشت							
	جمع							
	غیرمستقیم		مستقیم		غیرمستقیم		مستقیم	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
میزان آگاهی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضعیف	۲	۶/۷	۲	۶/۷	۱	۳/۳	۵	۵/۶
متوسط	۱۷	۵۶/۷	۱۵	۵۰	۵	۱۶/۷	۳۷	۴۱/۱
خوب	۱۱	۳۶/۷	۱۳	۴۳/۳	۲۴	۸۰	۴۸	۵۳/۳
جمع	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۹۰	۱۰۰
آزمون کای اسکوتر	X ² = ۱۳/۱ df=۴ p<۰/۰۰۱							

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که با بالا رفتن سطح سواد بر میزان آگاهی رابطین بهداشت افزوده شده است به طوری که در مقابل ۱۳/۳ درصد از رابطین بهداشت بی سواد با میزان آگاهی خوب به ترتیب ۴۳/۵ درصد و ۸۶/۴ درصد رابطین بهداشت با سطح سواد ابتدایی و راهنمایی و بالاتر دارای میزان آگاهی خوب بودند. به عبارت دیگر تأثیر آموزش بر ارتقاء میزان آگاهی رابطین بهداشت با افزایش سطح سواد، افزایش می‌یابد. آزمون کای اسکوتر با بیش از ۹۹/۹ درصد اطمینان، رابطه معنی‌داری را بین دو متغیر سواد و میزان آگاهی رابطین بهداشت آموزش دیده در مرحله بعد از آموزش نشان می‌دهد (جدول ۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که با بالا رفتن سطح سواد بر میزان آگاهی رابطین بهداشت افزوده شده است به طوری که در مقابل ۱۳/۳ درصد از رابطین بهداشت بی سواد با میزان آگاهی خوب به ترتیب ۴۳/۵ درصد و ۸۶/۴ درصد رابطین بهداشت با سطح سواد ابتدایی و راهنمایی و بالاتر دارای میزان آگاهی خوب بودند. به عبارت دیگر تأثیر آموزش بر ارتقاء میزان آگاهی رابطین بهداشت با افزایش سطح سواد، افزایش می‌یابد. آزمون کای اسکوتر با بیش از ۹۹/۹ درصد اطمینان، رابطه معنی‌داری را بین دو متغیر سواد و میزان آگاهی رابطین بهداشت آموزش دیده در مرحله بعد از آموزش به تفکیک سواد و میزان آگاهی

جدول (۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی رابطین آموزش دیده در مرحله بعد از آموزش به تفکیک سواد و میزان آگاهی

شاخص	سواد							
	جمع							
	بی سواد		ابتدایی		راهنمایی و بالاتر			
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
میزان آگاهی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضعیف	۳	۲۰	۲	۴/۳	۰	۰	۵	۵/۶
متوسط	۱۰	۶۶/۷	۲۴	۵۲/۲	۳	۱۳/۶	۳۷	۴۱/۱
خوب	۲	۱۳/۳	۲۰	۴۳/۵	۲۶	۸۶/۴	۴۸	۵۳/۳
جمع	۱۵	۱۰۰	۴۶	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۹۰	۱۰۰
آزمون کای اسکوتر	X ² = ۲۷/۷ df=4 p<۰/۰۰۱							

یافته‌ها آشکار نمود، ارتقاء میزان آگاهی در گروه سنی ۳۰-۳۴ ساله رابطین بهداشت در مرحله بعد از آموزش بیش از سایر گروه‌های سنی است، بطوریکه ۸۱ درصد گروه سنی ۳۰-۳۴ ساله دارای میزان آگاهی خوب شدند. گروه‌های سنی بیش از ۳۴ ساله نسبت به گروه‌های سنی کمتر از ۳۵ ساله دارای میزان آگاهی خوب در حد پایین می‌باشند، به طوری که تنها ۳۱/۸ درصد از رابطین گروه سنی ۳۵-۳۹ ساله و ۳۱/۳ درصد از رابطین گروه سنی ۴۰ ساله و بالاتر دارای میزان آگاهی خوب شدند. آزمون آماری کای اسکوتر با بیش از ۹۹/۵ درصد اطمینان رابطه معنی‌داری را بین دو متغیر سن و میزان آگاهی رابطین آموزش دیده نشان می‌دهد (جدول ۴).

یافته‌ها آشکار نمود، ارتقاء میزان آگاهی در گروه سنی ۳۰-۳۴ ساله رابطین بهداشت در مرحله بعد از آموزش بیش از سایر گروه‌های سنی است، بطوریکه ۸۱ درصد گروه سنی ۳۰-۳۴ ساله دارای میزان آگاهی خوب شدند. گروه‌های سنی بیش از ۳۴ ساله نسبت به گروه‌های سنی کمتر از ۳۵ ساله دارای میزان آگاهی خوب در حد پایین می‌باشند، به طوری که تنها ۳۱/۸ درصد از رابطین گروه سنی ۳۵-۳۹ ساله و ۳۱/۳ درصد از رابطین گروه سنی ۴۰ ساله و بالاتر دارای میزان آگاهی خوب شدند. آزمون آماری کای اسکوتر با بیش از ۹۹/۵ درصد اطمینان رابطه معنی‌داری را بین دو متغیر سن و میزان آگاهی رابطین آموزش دیده نشان می‌دهد (جدول ۴).

جدول (۴): توزیع فراوانی مطلق و نسبی رابطین آموزش دیده در مرحله بعد از آموزش به تفکیک سن و میزان آگاهی

شاخص	سن (به سال)											
	جمع											
	۲۴ و کمتر		۲۵-۲۹		۳۰-۳۴		۳۵-۳۹		۴۰ و بالاتر			
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
میزان آگاهی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضعیف	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
متوسط	۵	۴۱/۷	۷	۳۶/۸	۲	۹/۵	۱۵	۶۸/۲	۸	۵۰	۳۷	۴۱/۱
خوب	۷	۵۸/۳	۱۲	۶۳/۲	۱۷	۸۱	۷	۳۱/۸	۵	۳۱/۳	۴۸	۵۳/۳
جمع	۱۲	۱۰۰	۱۹	۱۰۰	۲۱	۱۰۰	۲۲	۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۹۰	۱۰۰
آزمون کای اسکوتر	X ² = ۲۴/۷ df=۸ p<۰/۰۰۳											

بحث و نتیجه گیری

بر اساس کنفرانس بین‌المللی بهداشت که در سال ۱۹۷۸ میلادی که در آلماتا قزاقستان برگزار شد، به آموزش بهداشت به عنوان یکی از اساسی‌ترین و مهم‌ترین فعالیت و رکن در مراقبت‌های اولیه بهداشتی تاکید شد و آن را رأس تمام برنامه‌های بهداشتی معرفی کرد. این نشست تمامی کشورها و جوامع را ملزم نمود که در نظام ارائه خدمات سلامت خود به این امر مهم توجه نمایند، چراکه بدون لحاظ نمودن آموزش بهداشت در سیستم سلامت، بیشتر برنامه‌های بهداشتی و درمانی با شکست مواجه بوده و از کارایی لازم برخوردار نخواهند بود (۱۰). بنابراین آموزش بهداشت، همانند آموزش عمومی علاقمند به تغییر آگاهی، احساسات و رفتار مردم می‌باشد. در غالب اشکال خود، تأکید بر ایجاد آنگونه رفتارهای بهداشتی داشته که تصور می‌شود بالاترین حد ممکن بهیستی را به ارمغان آورند (۱۱). از این رو زمانی رفتارهای بهداشتی ارتقاء دهنده سلامت را می‌توان در افراد جامعه ایجاد و توسعه داد که آموزشگران حوزه سلامت بتوانند شناخت کافی نسبت به مبانی، اصول، روش‌ها و الگوهای آموزش بهداشت پیدا کرده و بتوانند در موقعیت‌های مختلف آموزشی و با توجه به ویژگی‌ها فردی و اجتماعی و فرهنگی فراگیران از روش‌های آموزشی متناسب استفاده نمایند.

همان‌گونه که در نتایج مربوط به تأثیر آموزش بر سطح آگاهی رابطين بهداشتی در چهار گروه مشاهده گردید، آموزش به سه شیوه (غیر مستقیم، مستقیم و مستقیم و غیر مستقیم) روش ترکیبی) به طور معنی‌داری در ارتقاء و بهبود سطح آگاهی نمونه‌های پژوهش در رابطه با خود آزمایی پستان و سرطان پستان در گروه‌های آموزشی موفق بوده است یا به عبارت دیگر پس از آموزش بیشتر رابطين بهداشتی در وضعیت آگاهی متوسط و خوب قرار گرفتند. ولی در گروه کنترل به دلیل عدم مداخله آموزشی در خصوص خود آزمایی سینه و سرطان سینه، این موفقیت مشاهده نشد و همچنان در وضعیت آگاهی ضعیف باقی ماند. بطوریکه این موفقیت در گروه آموزشی ۳ به مراتب بیشتر از سایر گروه‌های آموزشی بود و این نتیجه مورد انتظار بود چرا که روش ترکیبی به دلیل بهره‌گیری از روش آموزشی مستقیم و غیر مستقیم (سخنرانی، پرسش و پاسخ و پمفلت آموزشی) به طور معنی‌داری مؤثرتر از روش‌های آموزشی از قبیل ارائه پمفلت، سخنرانی یا پرسش و پاسخ به تنهایی می‌باشد. بدین معنا که مربیان بهداشت در جریان آموزش هر چقدر حواس پنج‌گانه فراگیران را با استفاده از روش‌ها و مواد آموزشی بیشتر درگیر نمایند، یادگیری در آن‌ها بیشتر اتفاق خواهد افتاد. هر چند که روش آموزش مستقیم مؤثرتر از آموزش غیر مستقیم در ارتقاء سطح آگاهی آموزش گیرندگان

بوده است ولی توأم نمودن روش آموزش مستقیم با غیر مستقیم، تأثیر مضاعف داشته است؛ لذا پیشنهاد می‌گردد که در برنامه ریزی آموزش رابطين بهداشتی، با استفاده از روش‌های غیر مستقیم آموزشی نسبت به تقویت روش‌های آموزشی مستقیم اقدام گردد. نتایج برخی از مطالعات داخلی و خارجی مرتبط با آثار روش‌های آموزشی بر خود آزمایی سینه و سرطان پستان در زنان با یافته‌های مطالعه حاضر کاملاً مطابقت دارند. برای مثال مطالعه‌ای که توسط جودکین و همکاران با عنوان تأثیر یک الگوی آموزشی بر رفتار غربالگری سرطان پرستاران انجام شد، نشان داد که در مقایسه دو آزمون (پیش آزمون و پس آزمون) اختلاف معنی‌داری بین سطح آگاهی و دانسته‌های نمونه‌های مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش وجود دارد (۱۲). با نتایج تحقیق صادق نژاد و همکاران که با هدف مقایسه روش‌های آموزش بهداشت در ارتقای خود آزمایی پستان زنان بالای ۴۰ سال تهران انجام پذیرفت، مشخص نمود که روش ترکیبی (به کارگیری روش‌های مستقیم و غیر مستقیم) بر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان در مورد خودآزمایی سینه تأثیر فزاینده‌ای داشت و نیز تحلیل‌های آماری نشان داد که بین دو گروه آموزشی و گروه کنترل به لحاظ میزان آگاهی، نگرش و عملکرد اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد (۳). در مطالعه دیگر که توسط واعظ زاده و همکاران در شهرستان قائم شهر انجام شد، آشکار گردید که هر دو روش آموزشی حضوری و روش آموزش به‌وسیله نوارویدیویی در ارتقای آگاهی زنان در مورد خود آزمایی پستان به طور یکسان عمل می‌کنند و تفاوت به لحاظ آماری بین دو گروه که به‌وسیله دو روش پیشگفت آموزش دیدند، مشاهده نشد و این نتایج با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد (۱۳).

با تحقیقی که وکیلی روی دانشجویان پسر دانشگاه پیام نور سقز انجام داد، به این نتیجه رسید که روش‌های مستقیم و غیر مستقیم تقریباً به یک اندازه در ارتقاء آگاهی نمونه‌ها در مورد ایدز عمل می‌کنند و باید در کاهش هزینه‌های آموزشی، از روش‌های مقرون به صرفه آموزشی مثل روش آموزش غیر مستقیم در تغییر آگاهی مردم نسبت به مشکلات بهداشتی بهره برداری کرد. بطوریکه در مطالعه ایشان خود آموز راجع به ایدز به اندازه سخنرانی همراه با وسایل کمک آموزشی ارزشمند بود و این نتایج با یافته‌های مطالعه ما کاملاً سازگاری دارد (۱۴). در مطالعه حاضر نیز روش غیر مستقیم (پمفلت آموزشی راجع به خود آزمایی پستان) به اندازه روش مستقیم (سخنرانی یا پرسش و پاسخ) در ارتقای آگاهی رابطين بهداشتی کارایی لازم را داشت.

یافته‌ها نشان داد سطح تحصیلات یا سواد افراد در کسب نمره آگاهی بالاتر در پس آزمون تأثیر معنی‌داری داشته است. این یافته مشابه نتیجه‌ای بود که دوانی و همکاران در تحقیق خود بدست

مداخله‌ای انجام یافته حاکی است که میزان آگاهی زنان در زمینه خود آزمایی سینه پایین بوده و با توجه به اثر و نقش برجسته‌ی آموزش در ارتقای این رفتار بهداشتی، پیشنهاد می‌شود طراحی‌های وسیع آموزشی در جهت ارتقای سطح آگاهی زنان در زمینه خود آزمایی سینه و مزایای این رفتار بهداشتی به عنوان روش مؤثر در تشخیص زود رس آن صورت گیرد و همان گونه مشاهده شد آموزش به هر شیوه‌ای می‌تواند به طور قابل ملاحظه‌ای در ارتقای سطح آگاهی در خصوص خود آزمایی سینه مؤثر و موفق باشد. از این رو ضروری است پرسنل بهداشتی و درمانی نظام سلامت با در نظر گرفتن ویژگی‌های فردی، اجتماعی و فرهنگی 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 آن‌ها به ویژه سرطان سینه بپردازند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه است. لذا پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از معاونت محترم پژوهشی و مسئولین و مربیان مرکز بهداشتی-درمانی شهدا که ما را در کلیه مراحل تحقیق یاری دادند، تشکر نماید.

References:

1. Isara AR, Ojedokun CI. Knowledge of breast cancer and practice of breast self- examination among female senior secondary school students in Abuja, Nigeria. *J prev med hyg* 2011; 52: 186-90.
2. Arvey BJ, Miller AB, Baines CJ, Corey PN. Effect of breast self-examination techniques on the risk of death from breast cancer. *CMAJ* 1997; 157(9), 1205-12.
3. Sadeghinajad F, Niknami SH, Ghafari M. Comparing effect of health education methods on promoting breast self-examination. *Sci J Birjand Univ Med Sci* 2008; 15(4):38-49.
4. American Cancer Society. Cancer facts and figures. American Cancer Society 1999.P.1-36.
5. University of Pittsburgh Medical Center (UPMC). Breast Self-Exam (BSE). Available From: <http://www.upmc.com/HealthManagement/>, 2007.

آورده بودند(۱۵). در مطالعه دوانی سطح تحصیلات افراد با چگونگی خود آزمایی سینه ارتباط معنی‌دار آماری داشت و افراد با سطح سواد زیر دیپلم نسبت به سایر گروه‌ها کمتر اقدام به انجام خود آزمایی سینه می‌کردند. یا نتایج مطالعه شاهواری و قلی زاده در شهرستان گچساران نشان داد که سطح سواد رابطین بهداشتی در افزایش میزان آگاهی آنان پس از آموزش نقش داشته است و این افزایش به لحاظ آماری معنی‌دار بوده است(۱۶).

از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر این است که بین سن رابطین بهداشتی و میزان آگاهی آنان بعد از مداخله آموزشی یک ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت، به طوری که رابطین بهداشتی که دارای سن بالای ۳۵ سال بودند در مقایسه با رابطین جوان تر از میزان آگاهی کمتری برخوردار بودند. علت این امر را می‌توان در پایین بودن سواد و احتمالاً قدرت یادگیری کمتر رابطین مسن در مقایسه با رابطین جوان جستجو کرد. این موضوع به لحاظ علمی هم مورد تایید است، زیرا با بالا رفتن سن انسان‌ها، قدرت یادگیری و فراگیری آن‌ها در مقابل موضوعات آموزشی نیز کاسته می‌شود. در بعضی از مطالعات، سن دانشجویان تحت آموزش خود آزمایی پستان عامل مهمی در میزان آگاهی و نگرش آن‌ها، و نیز سطح تحصیلات و نوع شغل والدین نیز در آگاهی و نگرش آن‌ها مؤثر بوده است(۱۷،۱۸). نتایج این مطالعه مثل سایر تحقیقات

6. Saslow D, Boetes C, Burke W. 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.
7. 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)
8. Tahvildarri S. The study of application and modifying of health belief model on breast self examination. (Dissertation). Tehran: Tarbiat Modarres University; 1999.
9. Gorman C. The search for smaller tumor. *New York Time* 2000; 155: 50.
10. World Health Organization. Global Strategy for Health for All by the year 2000. 1989.

11. Ramachanderan L, Darmalingham T. Health education, translated by Shafiei F, Azargashb E. Tehran: Tehran University; 1995.P.164.
12. Judkins AF, Boutwell WB, A model Program for teaching Nurses Breast Assessment and Cancer Screening. J Continuing Edu Nurs 1991; 22(6):233-6.
13. Vaezzade N, Esmaeili Z. Effects of videos and lecture educational methods on breast self-examination among women referring health centers of Ghaemshar city. J Mazandaran Univ Med Sci 2000; (11)30:22-6. (Persian)
14. Vakili M. Assessing and comparing the effect of direct and indirect health education methods on knowledge and attitude of male students regarding AIDS in Pamnour University of Saghez City. Zanzan J Med Sci 2000; (4)16:45-9. (Persian)
15. Davani A, Jafari F, Azami F. Assessing association between education level and breast self-examination. Congress on breast cancer. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran: Cancer Res Center; 2007.P.161. (Persian)
16. Shahvari Z, Gholizade L. Effect of breast self-examination education on knowledge, attitude and practice among health volunteers in Gachsaran City. Iranian Nursing Quarterly 2006; (19)46:44-52. (Persian)
17. Gökengin D1, Yamazhan T, Ozkaya D, Aytuğ S, Ertem E, Arda B. Serter D. Sexual knowledge, attitudes, and risk behaviors of students in Turkey. J Sch Health 2003; 73(7): 258-63.
18. Sevil U, Atan SU, Kiris H, Tok F, Colak G, Sagit B, et al. Peer education project on breast self-examination in Izmir, Turkey. Asian Pac J Cancer Prev 2005; 6(1): 29-32.

COMPARING THE EFFECT OF THREE HEALTH EDUCATION METHODS ON THE KNOWLEDGE OF HEALTH VOLUNTEERS REGARDING BREAST SELF-EXAMINATION

Didarloo A¹, Pourali R^{2*}, Gharaaghaji R³, Rahimi B⁴

Received: 13 Jan, 2014; Accepted: 16 Mar, 2014

Abstract

Background & aims: In recent decades, breast cancer due to its high prevalence rate is the most important health problem among women world widely. By educating women about breast cancer screening behaviors and breast self-examination (BSE), we can identify and treat cancer in its early stages. This study was done to investigate the effects of various educational methods on women's knowledge about BSE, and to compare these effects.

Materials & Methods: In this quasi-experimental study, one hundred and twenty health volunteers from Shohada Health Center, Urmia, were recruited. First, a valid and reliable questionnaire was completed by health volunteers, then participants were divided into four groups. One group (30 women) was taken as the control group, and the other three groups as the educational groups. The following educational methods were applied to the three educational groups respectively: A. indirect method (pamphlet), B. direct method (i.e. lecture, question and response), C. indirect and direct method (such as lecture, question and response, and pamphlet). The obtained data was analyzed by means of the statistical software of SPSS, using descriptive and inferential statistical tests.

Results: The results showed that the age mean of samples was $33/01 \pm 7/6$ and its range changed from 18 to 53 years. This research indicated that education by means of three methods raises the level of knowledge of health volunteers regarding BSE ($P < 0.001$). Analysis of paired t- test showed a significant difference among the educational groups before and after education ($P < 0.001$). Also chi - square test showed a significant difference between age and education level of samples with their knowledge level ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the study findings on the effect of instruction on the knowledge of health volunteers regarding BSE, applying educational methods such as indirect education, direct education as well as compound methods would be helpful in health care centers.

Key Words: BSE (Breast Self Examination), Health education methods, Health volunteers, Knowledge

Address: Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

Tel: (+98)4412770397

Email: rezap2@yahoo.com

¹Assistant professor, Social Determinants of Health Research Center, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

²Instructor, Department of Health and Community Medicine, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³Associate professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴Associate professor, Department of Health and Community medicine, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran