

اثر آموزش بر باورهای غربالگری سرطان پستان در دانشجویان دختر

دکتر فاطمه رحمتی نجار کلایی^{۱*}، دکتر فرید عبادی فرد آذر^۲، دکتر شهناز ریماز^۳

۱. استادیار گروه بهداشت، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
۲. استاد گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۷/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۲۴

خلاصه

مقدمه: بر اساس آمار جهانی، سرطان پستان دومین سرطان شایع در بین زنان است و در ایران نیز میزان بروز این بیماری رو به افزایش است. بر اساس مطالعات موجود، روش های تشخیص زودرس سرطان پستان، مرگ و میر ناشی از بیماری را کاهش می دهد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش غربالگری سرطان پستان بر باورهای دانشجویان دانشگاه تهران با بهره گیری از الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی، از نوع قبل و بعد بود که با هدف بررسی تأثیر آموزش بر باورهای دانشجویان ساکن خوابگاه های کوی دانشگاه تهران انجام شد. جامعه مورد مطالعه آن شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی ورودی سال ۱۳۸۷-۸۸ ساکن خوابگاه های فاطمیه کوی دانشگاه تهران بودند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه خود ساخته ای بود که روایی و پایایی آن تأیید شد. آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی و به روش سخنرانی همراه با جزوه، بروشور و نمایش فیلم و اسلاید بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و شاخص های آماری توصیفی و تحلیلی انجام شد. جهت مقایسه سازه ها قبل و بعد از آموزش از آزمون تی زوجی استفاده شد. آزمون آماری با حداقل سطح اطمینان ۹۵٪ سنجیده شد و میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $1/11 \pm 21$ سال بود. ۹۲ نفر (۹۲/۹٪) از دانشجویان مجرد و ۷ نفر (۷/۱٪) متأهل بودند. در مورد تمام سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، موانع و منافع درک شده و راهنمای عمل در بعد عوامل خارجی)، آزمون تی زوجی اختلاف معنی داری را بین دو مرحله قبل و بعد از آموزش نشان داد ($p < 0/001$). بر اساس آزمون آماری کای دو، بین وضعیت تأهل، محل تولد و سن دانشجویان مورد مطالعه با عوامل تشکیل دهنده مدل اعتقاد بهداشتی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($p = 0/35$).
نتیجه گیری: آموزش غربالگری سرطان پستان باعث ارتقاء باورهای خودآزمایی پستان در دانشجویان می شود.

کلمات کلیدی: الگوی اعتقاد بهداشتی، سرطان پستان، غربالگری

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فاطمه رحمتی نجار کلایی؛ مرکز تحقیقات بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران. تلفن:

۰۲۱-۸۲۴۸۲۴۶۹، پست الکترونیک: fatemeh_rahmaty@yahoo.com

مقدمه

سرطان پستان بعد از سرطان پوست، شایع ترین بدخیمی در زنان است و در آمریکا از هر ۳ سرطان تشخیص داده شده، یک مورد آن سرطان پستان است. سرطان پستان دومین علت مرگ های ناشی از سرطان در زنان محسوب می شود (۱). میزان بروز این بیماری در سراسر جهان در حال افزایش است و همچنان شایع ترین علت مرگ ناشی از سرطان در کشورهای با درآمد متوسط و کم محسوب می شود (۲). این بیماری در ایران در رأس سرطان های زنان قرار دارد و اکثر موارد تشخیص داده شده در مراحل نهایی سرطان قرار دارند (۳). همچنین آمارها حاکی از افزایش بروز این بیماری در ایران است (۴).

مطالعات نشان داده اند که کاهش مرگ و میر بیماری با تشخیص اولیه و درمان آن میسر است (۵). در مطالعه فولادی و همکاران (۲۰۱۱) در اردبیل که در مورد شانس بقاء ۵ ساله سرطان پستان انجام شد، بر اهمیت برنامه های غربالگری سرطان پستان، تشخیص اولیه و اهمیت آموزش تأکید داشت (۶). مطالعه بانگاس و همکاران (۲۰۱۲) در آمریکا و بابو و همکاران (۲۰۱۱)، در مورد غربالگری زنان ایران، بر نیاز به برنامه های تشخیصی نظیر خودآزمایی پستان و ماموگرافی کشوری تأکید داشت (۷، ۸). در مطالعه نوروژی و همکار (۲۰۱۱) نیز بر کسب مهارت خودآزمایی و افزایش انگیزه زنان برای معاینه بالینی پستان توسط پزشک و مراجعه برای ماموگرافی اشاره داشت (۹). با توجه به این که خودآزمایی پستان هنوز به عنوان یک روش مطرح غربالگری سرطان پستان مطرح می باشد و افرادی که توده ای در سینه می یابند به احتمال بیشتری برای معاینه بعدی مراجعه می کنند، لذا این روش غربالگری در مطالعات جدید نیز اهمیت دارد (۱۰).

مطالعات نشان داده اند که آموزش بیشتر با ارتقاء آگاهی و رفتارهای غربالگری سرطان پستان مرتبط است (۱۱-۱۳). انتخاب یک الگوی آموزش بهداشت، اولین گام در فرآیند برنامه ریزی یک برنامه آموزشی است و آموزش بهداشت مؤثر بستگی به تسلط در استفاده از بهترین تئوری و استراتژی های مناسب با هر واقعه ای دارد. الگوی اعتقاد بهداشتی یک الگوی اختصاصی سلامت است که

رفتار بهداشتی را نتیجه باور فرد می داند و در پیش بینی رفتارهای بهداشتی متعدد مانند جرأت ورزشی و روش های پیشگیری از بارداری به کار می رود (۱۴-۱۷). کاربرد این الگو در زمینه آموزش غربالگری سرطان پستان نیز بارها تأیید شده است (۱۸، ۱۹). در حقیقت الگوی اعتقاد بهداشتی اجازه می دهد که عوامل روانی احتمالی مؤثر بر تصمیم افراد را مورد بررسی قرار داد. اساس الگو روی فهم این است که یک فرد، عمل مربوط بهداشتی را انجام خواهد داد اگر:

۱- احساس کند که از حالت سلامتی منفی می تواند پیشگیری کند. به عنوان مثال از چاقی می تواند جلوگیری کند یا احساس کند که از یک وضعیت بهداشتی منفی می توان اجتناب کرد.

۲- با انجام دادن عملکرد توصیه شده می تواند از وضعیت سلامتی منفی جلوگیری کند یا انتظار مثبت از این که عمل کردن به توصیه ها از وضعیت سلامتی منفی او (مرد یا زن) جلوگیری خواهد کرد.

۳- معتقد باشد که او به راحتی و با موفقیت می تواند برای جلوگیری از پیامدهای سلامتی منفی به رفتار بهداشتی عمل کند. یعنی معتقد باشد که به طور موفق می تواند عمل بهداشتی توصیه شده را انجام دهد (۲۰).

این الگو توسط هوچام و روزن استاک در سال ۱۹۵۰ برای متخصصین آموزش سلامت ایجاد شد (۲۱). ابعاد الگو شامل حساسیت درک شده نسبت به بیماری، شدت درک شده و موانع و منافع درک شده و راهنمای عمل است. در این الگو فرد باید اعتقاد داشته باشد که حتی در صورت فقدان نشانه بیماری نیز بیماری یا آن وضعیت می تواند وجود داشته باشد. هنگامی که افراد خود را در معرض خطر بیماری بدانند (حساسیت درک شده) و درک کنند بیماری دارای پیامد های جدی و بالقوه است (شدت درک شده) و بر این باور باشند که عمل پیشگیری کننده نتیجه مثبت دارد (منافع درک شده) و موانع آن رفتار کمتر از منافع کسب شده است و معتقد باشند که آنها توانایی انجام آن رفتار بهداشتی را دارند (خودکارآمدی)، احتمال بیشتری وجود دارد که آن رفتار را انجام دهند (۲۲، ۲۳). (در جدول ۱ مفاهیم و کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی ذکر شده است).

جدول ۱- مفاهیم الگوی اعتقاد بهداشتی و کاربرد هر یک از آنها

مفهوم	تعریف	کاربرد
حساسیت درک شده	عقیده فرد در مورد خطر ابتلاء به یک وضعیت	خطر و سطوح خطر را برای جمعیت توضیح دهید. بر اساس رفتار افراد یا ویژگی آنها خطر را در آنها شخصی سازی کنید. حساسیت درک شده را در صورتی که پایین است، افزایش دهید.
شدت درک شده	عقیده فرد در مورد شدت و عوارض آن وضعیت	نتایج و پیامدهای خطر و شرایط را ذکر کنید.
منافع درک شده	اعتقاد در مورد اثربخشی عمل توصیه شده جهت کاهش خطر یا شدت اثر	شیوه عمل نمودن را برای آنها توضیح دهید: (چگونه، چه وقتی و چه مکانی). بر نتایج مثبت مورد انتظار تأکید کنید.
موانع درک شده	عقیده فرد در مورد هزینه های بارز و محسوس و روانی عمل توصیه شده	موانع را از طریق اطمینان دادن، انگیزه ایجاد کردن و کمک نمودن شناسایی نموده و کاهش دهید، اطلاعات غلط را تصحیح کنید، از محرک ها و یاری کننده ها استفاده کنید.
راهنمای عمل	راهبردهای فعال نمودن آمادگی	چگونگی دستیابی به اطلاعات و افزایش آگاهی و یاد آورنده ها (reminders) را به آنها ارائه کنید.
خودکارآمدی	اطمینان فرد به توانایی انجام عمل	تمرین دهید و راهنمای اجرای عمل را برای آنها ارائه کنید. از اهداف پیش رونده استفاده کنید، تقویت کلامی ارائه نمایید، رفتار مورد نظر را نشان دهید، اضطراب را کاهش دهید.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی، از نوع قبل و بعد بود که با هدف بررسی تأثیر آموزش بر باورهای دانشجویان ساکن خوابگاه های کوی دانشگاه تهران انجام شد. جامعه مورد مطالعه آن شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی ورودی سال ۱۳۸۷-۸۸ ساکن خوابگاه های فاطمیه کوی دانشگاه تهران بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: دانشجویان ساکن خوابگاه و بدون سابقه بیماری جدی پستان و معیارهای خروج از مطالعه شامل دانشجویانی که رضایت جهت شرکت در مطالعه و علاقه ای به آموزش نداشتند، بود. در مطالعه حاضر رضایت آگاهانه از نمونه های مورد مطالعه گرفته شد و تمام اطلاعات به صورت محرمانه باقی ماند. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه و با در نظر گرفتن $p=0/5$ ، سطح اطمینان ۹۵٪ و حد خطای قابل قبول ۰/۱، ۹۶ نفر محاسبه شد که با احتساب ۲۰ درصد ریزش نمونه، ۱۱۵ نفر در نظر گرفته شد. افراد مورد مطالعه از طریق لیست اسامی دانشجویان که بر حسب اتاق و ساختمان تنظیم شده بود و با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای به طور تصادفی انتخاب شدند. در نهایت ۹۹ نفر از افراد وارد مطالعه و ۱۶ نفر از مطالعه خارج شدند. در این مطالعه ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه خود ساخته ای بود که سؤالات آن شامل: سؤالات فردی (۱۱ سؤال)،

منافع درک شده (۴ سؤال)، حساسیت درک (۳ سؤال)، موانع درک شده (۸ سؤال)، شدت درک شده (۳ سؤال) و راهنمای عمل در بعد خارجی (۱ سؤال) بود. پرسشنامه ابتدا از طریق مطالعه کتب مرجع و مطالعات قبلی، تهیه و سپس توسط ۱۲ نفر از اساتید بهداشت عمومی، اپیدمیولوژی و متخصصین زنان، از نظر روایی محتوی و صوری مورد مطالعه قرار گرفت تا در مورد مناسبت محتوای پرسشنامه با اهداف پژوهش تصمیم گیری شود. در نهایت بعد از انجام مطالعه پایلوت، پرسشنامه نهایی بعد از چندین بار تجدید نظر اصلاح و تدوین شد. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آزمون- باز آزمون بر روی ۱۰ نفر از دانشجویان، مشابه نمونه های مورد مطالعه با فاصله ۱۰ روز داده شد و ضریب همبستگی کل سؤالات سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی، ۰/۸۷ تعیین شد. امتیازات بر حسب مقیاس لیکرت ۵ سؤالی و از ۱ تا ۵ بود. پس از تکمیل پرسشنامه های اولیه توسط دانشجویان در محل اتاق دانشجویان و گردآوری آنها، برنامه ریزی آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی طراحی شد. برنامه کلاس های آموزشی به روش آموزش مستقیم و گروهی شامل سخنرانی همراه با پرسش و پاسخ و نمایش فیلم ویدیویی روش معاینه پستان، اسلاید و فیلم چارت بود. در پایان جلسات آموزشی، ۴ پمفلت و یک جزوه آموزشی به هر یک از شرکت کنندگان ارائه شد. نحوه

علوم اجتماعی نیز هر کدام ۷ نفر (۰/۷/۱) و در دانشکده تربیت بدنی ۶ نفر (۰/۶/۱) مشغول تحصیل بودند. ۴۲ نفر (۰/۴۳/۳) از پدران و ۵۶ نفر (۰/۵۷/۱) از مادران دانشجویان دارای مدرک زیر دیپلم، ۲۶ نفر (۰/۲۶/۸) از پدران و ۲۷ نفر (۰/۲۷/۶) از مادران دانشجویان دارای تحصیلات متوسطه یا دیپلم، ۲۹ نفر (۰/۲۹/۹) از پدران و ۱۵ نفر (۰/۱۵/۳) از مادران دانشجویان دارای تحصیلات دانشگاهی و ۶ نفر (۰/۶/۲) از پدران و ۸ نفر (۰/۸/۱) از مادران دانشجویان بی سواد بودند. اکثر دانشجویان مورد مطالعه (۰/۷۰/۷) هیچگونه سابقه ابتلاء به سرطان پستان را در اقوام، اطرافیان و آشنایان خود ذکر نکردند اما ۱۲ نفر (۰/۱۲/۱) سابقه بیماری را در بستگان درجه ۳ و اقوام دورتر و ۱۱ نفر (۰/۱۱/۱) سابقه بیماری را در آشنایان خود ذکر کردند. از نظر سابقه فردی بیماری یا ناراحتی پستان، ۸۷ نفر (۰/۸۷/۹) هیچ نوع ناراحتی یا بیماری پستان را ذکر نکردند و از بین افرادی که سابقه بیماری یا ناراحتی پستان را ذکر کردند، ۱۰ نفر (۰/۱۰/۱) از دانشجویان، سابقه درد پستان را بیان کردند (جدول ۲).

تشکیل کلاس ها به این صورت بود که دانشجویان به صورت گروه های ۲۹ نفره به سالن سخنرانی مجتمع کوی دعوت و به مدت ۲ ساعت آموزش حضوری دریافت کردند. یک ماه بعد، مجدداً پرسشنامه مذکور در بین افراد مورد مطالعه توزیع، تکمیل و جمع آوری شد و در نهایت نتایج به دست آمده از مقایسه دو پرسشنامه مقایسه شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و شاخص های آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد. جهت مقایسه سازه ها قبل و بعد از آموزش از آزمون تی زوجی استفاده شد. آزمون آماری با حداقل سطح اطمینان ۰/۰۵٪ سنجیده شد و میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $1/11 \pm 21$ سال بود. ۹۲ نفر (۰/۹۲/۹) از دانشجویان مجرد و ۷ نفر (۰/۷/۱) متأهل بودند. از نظر دانشکده محل تحصیل، ۱۶ نفر (۰/۱۶/۱) در دانشکده علوم، ۱۴ نفر (۰/۱۴/۱) در دانشکده جغرافیا، ۱۲ نفر (۰/۱۲/۱) در دانشکده الهیات، ۱۰ نفر (۰/۱۰/۱) زبان ها، ۹ نفر (۰/۹/۱) مدیریت، روانشناسی و هنر هر کدام ۸ نفر (۰/۸/۱) و ادبیات و

جدول ۲- مشخصات فردی افراد مورد مطالعه در بررسی اثر آموزش بر باورهای غربالگری سرطان پستان

تعداد (درصد)	گروه بندی	متغیر
		مشخصات فردی
۹۰ (۹۰/۹)	۲۰-۲۲ سال	توزیع سن
۹ (۹/۱)	۲۳-۲۵ سال	
۹۲ (۹۲/۹)	مجرد	وضعیت تأهل
۷ (۷/۱)	متأهل	
۸ (۸/۱)	بی سواد	تحصیلات مادر
۳۴ (۳۴/۷)	ابتدایی	
۱۴ (۱۴/۳)	راهنمایی	
۲۷ (۲۷/۶)	دیپلم	
۱۵ (۱۵/۳)	دانشگاهی	
۲ (۱)	بدون پاسخ	
۹۰ (۹۰/۹)	شهر	محل تولد
۹ (۹/۱)	روستا	
۸۷ (۸۷/۹)	بدون مشکل	نوع مشکل در پستان
۱۰ (۱۰/۱)	درد پستان	
۱ (۱)	بیماری خوش خیم پستان	
۱ (۱)	عدم تقارن در سینه ها	

میانگین نمرات منافع درک شده، موانع درک شده، حساسیت درک شده، شدت درک شده و راهنمای عمل بعد از آموزش افزایش یافت. بنابراین در مورد تمام سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، موانع و منافع درک شده و راهنمای عمل در بعد عوامل خارجی) آزمون تی زوجی اختلاف معنی داری را بین دو مرحله قبل و بعد از آموزش نشان داد (جدول ۱). بر

اساس آزمون آماری کای دو، بین وضعیت تأهل، محل تولد و سن دانشجویان مورد مطالعه با عوامل تشکیل دهنده مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت و شدت درک شده، منافع و موانع درک شده راهنمای عمل در بعد خارجی) ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات سازه های تشکیل دهنده الگوی اعتقاد بهداشتی با آزمون تی زوجی در دانشجویان مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش

تأثیر آموزش	سطح معنی داری*	درجه آزادی	تی	میانگین ± انحراف معیار بعد از آموزش	میانگین ± انحراف معیار قبل از آموزش	میانگین نمرات دانشجویان سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی
+	۰/۰۰۳	۹۸	-۳/۰۱	۱/۹۱ ± ۱۱/۴۲	۲/۲۰ ± ۱۰/۶۶	حساسیت درک شده
+	۰/۰۰۰	۹۸	-۴/۹۲	۲/۰۳ ± ۱۱/۶۶	۲/۶۷ ± ۱۰/۲۰	شدت درک شده
+	۰/۰۰۰	۹۸	-۵/۷۵	۳/۰۳ ± ۲۳/۰۸	۳/۷۰ ± ۲۰/۸۶	تهدید درک شده
+	۰/۰۰۰	۹۸	-۴/۵۱	۱/۹۰ ± ۱۷/۹۳	۲/۴۹ ± ۱۶/۵۹	منافع درک شده
+	۰/۰۰۰	۹۸	۷/۹۰	۴/۸۲ ± ۲۸/۸۱	۴/۱۱ ± ۲۵/۰۵	موانع درک شده
+	۰/۰۰۰	۹۸	-۱۶/۶۹	۲/۲۶ ± ۷/۰۴	۱/۷۱ ± ۲/۳۶	راهنمای عمل در بعد خارجی

*آزمون تی زوجی

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، آموزش بر روی باورهای دانشجویان در مورد خودآزمایی پستان با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی تأثیر داشت که این امر اثربخشی آموزش الگو محور را نشان می دهد. بیشترین اثربخشی آموزش در بعد راهنمای عمل و موانع درک شده بود که نشان دهنده تأثیر بیشتر این الگو بر روی این عوامل بود. در مطالعه مودی و همکاران (۲۰۱۱) نیز آموزش با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی، بر روی حساسیت، شدت، موانع و منافع درک شده و آگاهی دانشجویان در زمینه خودآزمایی پستان تأثیر معنی داری داشت (۲۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه تنگ وی (۲۰۰۶) بر روی زنان ویتنامی نیز آموزش تأثیر مثبتی بر روی باورها و رفتار غربالگری داشت (۲۵). همچنین در مطالعه کیم و همکار (۲۰۰۹) که بر روی زنان آمریکایی کره ای انجام شد، آموزش فرهنگ محور غربالگری ماموگرافی باعث افزایش منافع درک شده و کاهش موانع و ترس و شدت درک شده گردید. حتی ۱۵٪ غربالگری ماموگرافی در گروه مداخله

افزایش یافت (۲۶). در مطالعه بیدگ و همکار (۲۰۱۰)، آموزش روی آگاهی و رفتار خودآزمایی پستان تأثیر داشت (۲۷). در مطالعه کوداوی و همکاران (۲۰۱۲)، مهمترین تعیین کننده های ماموگرافی، نگرش مستعد کننده به غربالگری، مهارت های غربالگری، حمایت همسالان، باور کارآمدی ماموگرافی و آگاهی کافی به موضوع فوق بود که تقریباً مشابه سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی بود (۲۸). مطالعه کسلر (۲۰۱۲) بر روی زنان هندی نیز بر رویکردهای افزایش خودکارآمدی برای ارتقاء رفتار غربالگری تأکید داشت (۲۹).

در مطالعه سکگینلی و همکار (۲۰۱۱) در ترکیه، آموزش الگو محور بر حساسیت درک شده سرطان پستان، منافع ماموگرافی، خودآزمایی پستان و اطمینان به خودآزمایی تأثیر داشت اما در مورد موانع ماموگرافی تفاوت معنی داری مشاهده نشد (۳۰). در مطالعه حاجیان و همکاران (۲۰۱۱)، آموزش به جز در مورد عوامل تهدید و سودمندی درک شده خودآزمایی پستان، تأثیر مثبتی روی بقیه عوامل داشت (۳۱). نتایج دو مطالعه قبلی تا حدی متفاوت بود که دلیل آن شاید

برای غربالگری با در نظر گرفتن حساسیت های فرهنگی در کشور عربستان پیشنهاد شده است (۳۹). مطالعه تاها و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که آموزش گروهی سخنرانی بر رفتار بهداشتی پستان تأثیری ندارد و کشف تجارب زنان و موانع اجتماعی فرهنگی رفتار تأثیرگذار بر سلامت پستان را پیشنهاد کرد (۴۰). احتمالاً در مطالعاتی که آموزش در رفتار غربالگری تأثیر چندانی نداشته، علت آن اجرا و کپی برداری از آموزش های یک کشور با فرهنگ متفاوت بدون توجه به ارزش های آن گروه هدف خاص بوده است.

پیشنهاد می شود باورهای فرهنگی و مذهبی در مورد بیماری سرطان پستان و پیشگیری و درمان آن از طریق مطالعه جامعه محور اخذ شود و این نکته در آموزش بیماری به بیماران و جامعه سالم مد نظر قرار گیرد. همچنین استفاده از دیگر تئوری های تغییر رفتار مانند تئوری رفتار برنامه ریزی شده و تئوری فرا نظریه ای در مطالعات آموزش بهداشت باروری مناسب است. از نقاط قوت این مطالعه، استفاده از الگوی تغییر رفتار و بررسی تأثیر آموزش روی باورهای دانشجویان و از جمله محدودیت های آن حجم نمونه محدود و مقطعی بودن مطالعه بود. گروه هدف مطالعه یعنی جامعه دانشجویی دختر شاید قابلیت تعمیم به کل زنان ایرانی را نداشته باشد. همچنین نتایج مطالعه فوق باید با وجود محدودیت های مطالعه حاضر که فقدان گروه شاهد و فقدان بررسی نقش عامل رفتاری تفسیر شود.

نتیجه گیری

آموزش غربالگری سرطان پستان با محوریت الگوهای شناختی تغییر رفتار، باعث ارتقاء باورهای خودآزمایی پستان در دانشجویان می شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از ریاست محترم مرکز بهداشت و مدیریت کوی دانشگاه تهران و کلیه دانشجویانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

ناشی از تفاوت روش های آموزش و محیط های فرهنگی آموزش و موانع فرهنگی باشد. در هر حال افزایش آگاهی با افزایش باورهای سلامتی مثبت و رفتار غربالگری بیشتر همراه است (۳۲).

در مطالعه لی و همکاران (۲۰۰۴) در کره، موانع و اعتماد به انجام رفتار متغیر اصلی، پیش بینی کننده رفتار خودآزمایی پستان بود (۳۳). در مطالعه ممیس و همکاران (۲۰۰۹)، مهمترین موانع خودآزمایی پستان در دانشجویان پرستاری و مامایی، ندانستن روش انجام (۵۷٪)، نداشتن تاریخچه مشکلات پستان (۳۹٪) و فراموشی (۱۸٪) بود (۳۴). در نتیجه متخصصین آموزش سلامت باید موانع ادراکی زنان را در زمینه روش های غربالگری کاهش دهند (۳۵).

در مطالعه کیفی کشاورز و همکاران (۲۰۱۱) که روی زنان کارگر ایرانی انجام شد، اکثر افراد خودکارآمدی و قصد انجام غربالگری سرطان پستان و رحم را در یک ماه آینده نداشتند، لذا مداخلاتی برای کاهش این موانع توصیه شد (۳۶). نتایج مطالعات فوق حاکی از تأثیر مثبت آموزش روی آگاهی، باورها و رفتار غربالگری سرطان پستان بود، لذا موانع انجام رفتار غربالگری بیشتر بر محور باور و نگرش استوار است و الگوهای باور محور مانند الگوی اعتقاد بهداشتی، نظریه رفتار برنامه ریزی شده و نظریه شناختی رفتاری در رفتارهای غربالگری کاربرد مطلوبی دارند. الگوی اعتقاد بهداشتی اولین بار برای غربالگری ریه انجام شد، لذا برای برنامه های پیشگیری و ایجاد پیام های ترغیب کننده مانند غربالگری مؤثر است. بنابراین باورها و انگیزه ها نقش مهمی در انجام غربالگری سرطان پستان دارند و باید در آموزش توجه بیشتری به باورهای مؤثر بر رفتار غربالگری داشت (۳۷). طرح سلامت جهانی پستان به آموزش و ارزش های فرهنگی برای ارتقاء غربالگری سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه تأکید دارد (۳۸). باورهای فرهنگی هر کشور و ویژه آن گروه است و باید در آموزش این حیطة به مسأله هنجارهای اجتماعی توجه شود، بنابراین طراحی پیام های ویژه

1. DeSantis C, Siegel R, Bandi P, Jemal A. Breast cancer statistics 2011. *CA Cancer J Clin* 2011 Nov-Dec;61(6):409-18.
2. Beiki O, Hall P, Ekblom A, Moradi T. Breast cancer incidence and case fatality among 4.7 million women in relation to social and ethnic background: a population-based cohort study. *Breast Cancer Res* 2012 Jan 6;14(1):R5.
3. Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi N. Cancer incidence and mortality in Iran. *Ann Oncol* 2009 Mar;20(3):556-63.
4. Hajian-Tilaki KO, Kaveh-Ahangar T. Reproductive factors associated with breast cancer risk in northern Iran. *Med Oncol* 2011 Jun;28(2):441-6.
5. Jatoi I. The impact of advances in treatment on the efficacy of mammography screening. *Prev Med* 2011 Sep;53(3):103-4.
6. Fouladi N, Amani F, Harghi AS, Nayebzadi N. Five year survival of women with breast cancer in Ardabil, north-west of Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(7):1799-801.
7. Banegas MP, Bird Y, Moraros J, King S, Prapsiri S, Thompson B. Breast cancer knowledge, attitudes, and early detection practices in United States-Mexico border Latinas. *J Womens Health (Larchmt)* 2012 Jan;21(1):101-7.
8. Babu GR, Samari G, Cohen SP, Mahapatra T, Wahbe RM, Mermash S, et al. Breast cancer screening among females in Iran and recommendations for improved practice: a review. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(7):1647-55.
9. Noroozi A, Tahmasebi R. Factors influencing breast cancer screening behavior among Iranian women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(5):1239-44.
10. Dahlui M, Ng C, Al-Sadat N, Ismail S, Bulgiba A. Is breast self examination (BSE) still relevant? A study on BSE performance among female staff of University of Malaya. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(2):369-72.
11. Rosmawati NH. Knowledge, attitudes and practice of breast self-examination among women in a suburban area in Terengganu, Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010;11(6):1503-8.
12. Early J, Armstrong SN, Burke S, Thompson DL. US female college students' breast health knowledge, attitudes, and determinants of screening practices: new implications for health education. *J Am Coll Health* 2011 Aug-Oct;59(7):640-7.
13. Bhatt VR, Wetz RV, Shrestha R, Shrestha B, Shah N, Sayami P, et al. Breast cancer knowledge, attitudes and practices among Nepalese women. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2011 Nov;20(6):810-7.
14. McClenahan C, Shevlin M, Adamson G, Bennett C, O'Neill B. Testicular self-examination: a test of the health belief model and the theory of planned behaviour. *Health Educ Res* 2007 Apr;22(2):272-84.
15. Kim EK, Choo J. [The health belief model and assertive behavior of asking smokers not to smoke among college students] [Article in Korean]. *Korean J Health Promot* 2011 Sep;11(3):160-8.
16. Hall KS. The health belief model can guide modern contraceptive behavior research and practice. *J Midwifery Womens Health* 2012 Jan-Feb;57(1):74-81.
17. Oyekale AS, Oyekale TO. Application of health belief model for promoting behaviour change among Nigerian single youth. *Afr J Reprod Health* 2010 Jun;14(2):63-75.
18. Ceber E, Yücel U, Mermer G, Ozentürk G. Health beliefs and breast self-examination in a sample of Turkish women academicians in a university. *Asian Pac J Cancer Prev* 2009 Apr-Jun;10(2):213-8.
19. Norman P, Brain K. An application of an extended health belief model to the prediction of breast self-examination among women with a family history of breast cancer. *Br J Health Psychol* 2005 Feb;10(Pt 1):1-16.
20. Eisen, M., PhD, Zellman, G.L., PhD, McAlister, A.L., PhD. (1992) A Health Belief Model-Social Learning Theory Approach to Adolescents' Fertility Control: Findings from a Controlled Field Trial. *Health Education Quarterly*, 19(2), 249-262. Available at: <http://www.etr.org/recapp/theories/hotbm/Resources.htm>.
21. Hazavehei SM, Taghdisi MH, Saidi M. Application of the Health Belief Model for osteoporosis prevention among middle school girl students, Garmsar, Iran. *Educ Health (Abingdon)* 2007 May;20(1):23.
22. Tavafian SS, Hasani L, Aghamolaei T, Zare S, Gregory D. Prediction of breast self-examination in a sample of Iranian women: an application of the Health Belief Model. *BMC Womens Health* 2009 Dec 29;9:37.
23. Assari S. Theory based health education: Application of health belief model for Iranian patients with myocardial infarction. *J Res Med Sci* 2011 Apr;16(4):580-2.
24. Moodi M, Mood MB, Sharifirad GR, Shahnazi H, Sharifzadeh G. Evaluation of breast self-examination program using Health Belief Model in female students. *J Res Med Sci* 2011 Mar;16(3):316-22.
25. Ho TV. Effects of an educational intervention of breast cancer early screening and detection beliefs and practices in vietnamese American women: a pilot study. In: The 17th International nursing research congress focusing on evidence-based practice 2006 Jul 19-22.: This presentation is part of: Poster presentation III.
26. Kim JH, Menon U. Pre- and postintervention differences in acculturation, knowledge, beliefs, and stages of readiness for mammograms among Korean American women. *Oncol Nurs Forum* 2009 Mar;36(2):E80-92.
27. Beydağ KD, Yürügen B. The effect of breast self-examination (Bse) education given to midwifery students on their knowledge and attitudes. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010;11(6):1761-4.
28. Kadaoui N, Guay M, Baron G, St-Cerny J, Lemaire J. Breast cancer screening practices for women aged 35 to 49 and 70 and older. *Can Fam Physician* 2012 Jan;58(1):e47-53.

29. Kessler TA. Increasing mammography and cervical cancer knowledge and screening behaviors with an educational program. *Oncol Nurs Forum* 2012 Jan 1;39(1):61-8.
30. Secginli S, Nahcivan NO. The effectiveness of a nurse-delivered breast health promotion program on breast cancer screening behaviours in non-adherent Turkish women: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2011 Jan;48(1):24-36.
31. Hajian S, Vakilian K, Najabadi KM, Hosseini J, Mirzaei HR. Effects of education based on the health belief model on screening behavior in high risk women for breast cancer, Tehran, Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(1):49-54.
32. Nergiz-Eroglu U, Kilic D. Knowledge, attitude and beliefs women attending mammography units have regarding breast cancer and early diagnosis. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(7):1855-60.
33. Lee YW, Lee EH, Shin KB, Song MS. A comparative study of Korean and Korean-American women in their health beliefs related to breast cancer and the performance of breast self-examination. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004 Apr;34(2):307-14.
34. Memis S, Balkaya NA, Demirkiran F. Knowledge, attitudes, and behaviors of nursing and midwifery students regarding breast self-examination in Turkey. *Oncol Nurs Forum* 2009 Jan;36(1):E39-46.
35. Baysal HY, Gozum S. Effects of health beliefs about mammography and breast cancer and telephone reminders on re-screening in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(6):1445-50.
36. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A. Factors for performing breast and cervix cancer screening by Iranian female workers: a qualitative-model study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(6):1517-22.
37. Yilmaz M, Guler G, Bekar M, Guler N. Risk of breast cancer, health beliefs and screening behaviour among Turkish academic women and housewives. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(3):817-22.
38. Rasu RS, Rianon NJ, Shahidullah SM, Faisal AJ, Selwyn BJ. Effect of educational level on knowledge and use of breast cancer screening practices in Bangladeshi women. *Health Care Women Int* 2011 Mar;32(3):177-89.
39. Ravichandran K, Al-Hamdan NA, Mohamed G. Knowledge, attitude, and behavior among Saudis toward cancer preventive practice. *J Family Community Med* 2011 Sep;18(3):135-42.
40. Taha H, Halabi Y, Berggren V, Jaouni S, Nyström L, Al-Qutob R, et al. Educational intervention to improve breast health knowledge among women in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010;11(5):1167-73.