

تأثیر آموزش در زمینه اهمیت معاینات کلینیکی پستان بر مراجعه معلمین مدرسان دخترانه شهر کرمان به مرکز درمانی تعیین شده جهت انجام معاینه

ژیلامیولاشاری^۱، سکینه محمد علی زاده^۲، منصوره عزیززاده فروزی^۳

چکیده

مقدمه: پیشگیری ثانویه در سرطان پستان از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است زیرا سبب می شود تا توده پستانی در هنگام مدرمان اندازه ای کوچکتر داشته باشد. معاینه دقیق پستانها توسط پزشک یا یکی از اعضای گروه بهداشتی یکی از راههای پیشگیری ثانویه از سرطان پستان است

روش بررسی: این مطالعه از نوع تجربی و به منظور تعیین تأثیر آموزش بر مراجعه معلمین جهت معاینات کلینیکی پستان صورت گرفت، در این مطالعه ۵۰۱ نفر از معلمین مدرسان دخترانه شرکت نمودند. مدرسان از طریق روش چند مرحله ای و به صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه تجربی و شاهد تقسیم شدند. یک جزوه آموزشی در اختیار آزمودنی های گروه تجربی قرار گرفت و طی اطلاعیه ای، آدرس کلینیک و زمان مراجعه، به اطلاع دو گروه و رسانده شد. پس از دو ماه آزمودنی ها به سئوالات پرسشنامه ای پژوهشگر - ساخته پاسخ دادند.

نتایج: نتایج نشان داد به جز متغیرهای تأهل و سطح تحصیلات از جهت سایر متغیرهایی که احتمالاً می توانستند بر مراجعه مؤثر باشند بین دو گروه تجربی و شاهد تفاوت معنی دار آما وجود نداشت. میزان مراجعه جهت معاینات کلینیکی پستانی در گروه تجربی (۱۷/۳٪) بیش از گروه شاهد (۶٪) و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/001$)، در مورد ارتباط میزان مراجعه با ویژگی های فر و متغیرهای مرتبط با سرطان پستان فقط در گروه تجربی ارتباط معنی داری با سابقه سرطان پستان ندر خانواده مشاهده گردید ($P < 0/05$)، به طوری که افراد دارای سابقه سرطان ندر خانواده، بیشتر مراجعه کرده بودند. نتیجه گیری: گرچه میزان مراجعه در هر دو گروه و مراضی کننده نمی باشد اما در عین حال استفاده از جزوات آموزشی که روشی کم خرج و سودمندی نیاز از حضور مستقیم آموزش دهند است موجب گردیده تا میزان مراجعه در گروه تجربی حدود سه برابر گروه شاهد افزایش یابد که حاکی از مؤثر بودن نسبی این روش آموزش می باشد.

واژه های کلیدی: سرطان پستان، معاینه کلینیکی پستان، آموزش.

مقدمه

سرطان ندر واقع یک نوع بیماری نبوده بلکه مشتمل بر

۱- مربی، گروه پرستاری

۲- مربی، گروه پرستاری کودکان

۳- مربی، گروه پرستاری داخلی - جراحی

۱- دانشگاه آزاد اسلامی تهران

۲ و ۳- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی کرمان

۲۰۰ نوع مختلف بیماری است. یافته ها نشان می دهد، که در کشور انگلستان حداقل از هر ۳ نفر یک مورد در در طول زندگی خود به سرطان مبتلا می شود^(۱). بر اساس مطالعات انجام شده پیشگیری از سرطان ندر تشخیص زودرس آن از جمله فاکتورهای حیاتی در کنترل بیماری است. بنابراین با پیشگیری و استفاده از غربالگری،

تشخیص توده‌های قابل لمس توسط معاینات کلینیکی می‌تواند منجر به تشخیص و درمان زودتر و سریع‌تر گردد^(۱۴).

لازم به ذکر است که انجام خودآزمایی پستان به تنهایی، به علت احتمال درستی نبودن روش انجام آن، کمترین دقت را دارد^(۱۵).

ضمناً با وجود دقت بالا در انجام ماموگرافی، در بسیاری موارد توده‌هایی وجود دارند که به وسیله ماموگرافی کشف نشده، ولی به وسیله CBE پیدا شده‌اند^(۱۵،۱۶،۱۷) ماموگرافی منظم و روتین قبل

از ۴۰ سالگی مگر در موارد خاص از جمله سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانوادگی یا ابراز ناراحتی و گزارش توده

توسط خود فرد، توصیه نشد است ولی بعد از ۴۰ سالگی باید سالیانه انجام گردد^(۱۸). از طرفی امکان انجام ماموگرافی در حد

وسیع در بسیاری از کشورها از جمله کشورها در حال توسعه به دلیل هزینه بالا، وجود ندارد. بنابراین معاینه کلینیکی پستان،

به خصوص در این جوامع می‌تواند از ارزش زیادی برخوردار باشد، به طوری که در این کشورها سیاست‌های بهداشتی بر انجام

CBE تأکید بسیار دارد^(۱۶). در مقایسه بین کسانی که CBE را به طور سالیانه انجام دادند آنها که انجام ندادند، در گروه اول

میزان مرگ و میر ناشی از سرطان ۲۰/۵ درصد کاهش نشان داده است^(۱۹). البته تأثیر آن وابسته به دقت و صحت انجام مامو

است^(۲۰). لازم به ذکر است که مؤثرترین روش، ترکیبی از روش‌های مختلف می‌باشد^(۳،۱۴،۱۵،۱۶،۱۷) به طوری که حتی در

کشورهای پیشرفته‌ای مثل آمریکا نیز CBE به طور گسترده‌ای توصیه و انجام می‌شود^(۱۴). ضمناً انجام دقیق معاینات کلینیکی

پستان توسط پرستاران آموزش دیده هم می‌تواند برای غربالگری سرطان پستان بسیار مؤثر باشد^(۲۱).

در ارتباط با اهمیت شرکت در این آزمایشات، لازم است اطلاعات به صورت نوشتاری و کلامی در اختیار زنان قرار

گیرد^(۸،۹،۲۱) البته در این رابطه نتایج متفاوتی نیز به دست آمده است. طی تحقیقی که در شمال ایفای انجام گرفته و هدف آن

بررسی اثر آموزش بر روی رفتارهای پیشگیری کنندگان از بیماری‌ها و سرطان، از جمله انجام BSE بوده، معلوم گردید که مداخله

آموزشی منجر به تغییر در رفتار، نگرش و دانش گروه نشده است^(۲۲). مسلم است که آموزش بهداشت در شرایطی مؤثر است

میزان ابتلا و مرگ و میر کاهش خواهد یافت^(۲،۳) سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین زنان است. به طوری که از هر ۸ نفر زن

آمریکایی، یک نفر در طول زندگی خود به آن مبتلا می‌شود^(۴) از آنجا که میزان متوسط عمر افراد مبتلا، ارتباط با زمان تشخیص

و شروع درمان ندارد، لازم است مرکز توجه، بر تشخیص زودرس متمرکز گردد^(۵) آموزش به بیماران و جامعه در زمینه اهمیت

پیشگیری از بیماری و تشخیص زودرس در حد وسیع از نقش‌های مهم پرستاران است^(۶). پرستاران نباید تنها در برنامه درمان بیماران

نقش داشته باشند، بلکه پیشگیری از سرطان نیز جز وظایف اصلی آنهاست^(۷) بر اساس مطالعات، زنانی که راجع به سرطان

پستان، اطلاعات بیشتری دارند، تمایل بیشتری برای شرکت در آزمایشات غربالگری نشان می‌دهند^(۸،۹) به عنوان مثال مطالعات

نشان داده است که علی‌رغم شیوع بیشتر سرطان در زنان سفید پوست آمریکایی، میزان مرگ و میر در زنان سیاه پوست بیشتر

گزارش می‌شود. یکی از دلایل آن می‌تواند تشخیص دیررس بیماران در این گروه باشد. زیرا مشخص شد است که اطلاعات

زنان سیاه پوست در مورد روش‌های غربالگری سرطان پستان اهمیت شرکت در آن کمتر از سفید پستان بود^(۱۰) دو این در حالی

است که دیده شد که اگر زنان سیاه پوست آموزش قرار بگیرند و اطلاعات کافی در مورد اهمیت و تأثیر شرکت در

روش‌های غربالگری به آنها داده شود، میزان شرکت آنها حتی بالاتر از سفید پستان خواهد بود^(۹). در ارتباط با سرطان پستان،

پیشگیری ثانویه از اهمیت بسیاری برخوردار بود^(۱۱) دو منجر به تشخیص بیماری در مراحل اولیه شد^(۱۲) و در ارتباط با جلوگیری از

پیشرفت بیماری است. شرکت در آزمایشات غربالگری جزء این طبقه از پیشگیری قرار دارد^(۱). طبق توصیه انجمن سرطان آمریکا،

خودآزمایی پستان (BSE)، Breast Self Examination) ماموگرافی و معاینات کلینیکی پستان (CBE Clinical Breast Examination) سه روش مؤثر در پیشگیری ثانویه برای سرطان

پستان است^(۱۰،۱۱،۱۲،۱۳) انجام معاینات کلینیکی پستان از ۲۰ سالگی به صورت روتین توصیه شده است. به این ترتیب که

از ۲۰ تا ۴۰ سال هر سه سال یکبار و از ۴۰ سالگی به بعد باید هر ساله انجام شود^(۱۳،۱۰) بنابراین برای زنان کمتر از ۴۰ سال،

۲۵۵ نفر در گروه تجربی (۸۵٪) و ۲۴۶ نفر در گروه شاهد (۸۲٪) آنرا تکمیل نمودند که در مجموع میزان پاسخ ۸۳/۵٪ بود. افراد مراجعه کننده به کلینک جهت CBE در زمان مراجعه به کلینیک پرسشنامه را تکمیل می کردند. معلمینی که سابقه ای از سرطان پستان نداشتند در این مطالعه شرکت داده نشدند. برای تعیین روایی پرسشنامه از روایی صوری استفاده شد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از شاخص های پراکنندگی، مرکز ی و آزمون های آماری پارامتریک t و t زوج و غیر پارامتریک، مجذور کای و مک نما صورت گرفت. ملاک مراجعه قبل از آموزش، بر اساس پاسخ به یک سئوال در پرسشنامه و بعد از آموزش مراجعه به مرکز تعیین شد. مو تقاضای انجام CBE و تکمیل پرسشنامه بود.

نتایج

نتایج مربوط به ویژگی های دموگرافیک آزمودنی ها نشان داد که متوسط سنی افراد مورد مطالعه ۴۰/۷۶ سال بود. بیشترین گروه سنی در گروه تجربی (۵۴/۵٪) و در گروه شاهد (۴۶/۷٪) مربوط به گروه سنی ۴۵-۳۶ سال بود. از آن در هر دو گروه، بیشترین فراوانی به ترتیب متعلق به گروه های بالای ۴۵ سال و زیر ۳۶ سال بود. آزمون مجذور کای اختلاف معنی داری را از نظر گروه های سنی در دو گروه تجربی و شاهد نشان نداد. از نظر وضعیت تاهل بین دو گروه تفاوت معنی دای وجود داشت ($P < 0/001$)، در گروه تجربی ۹۲/۴٪ افر لدر زمان جمع آوری داده ها متأهل بودند در حالی که این درصد در گروه کنترل ۸۳/۸٪ بود. از نظر متغیر تحصیلات نیز دو گروه همگن نبودند ($P < 0/05$)، به این ترتیب که در گروه تجربی افر لدارای تحصیلات دیپلم و کمتر، فو ق دیپلم و لیسانس و بالاتر به ترتیب ۴۱٪، ۳۵/۳٪، ۲۳/۷٪، ۳۱٪، ۳۴٪، ۳۴/۹٪ بودند. سابقه ماموگرافی، مقطع تحصیلی تدریس، وجود مشکل بهداشتی در پستان و سابقه سرطان پستان ندر خانواده، نسبت آزمودنی با وابسته به سرطان پستان نداشتن وابسته ای در حرفه های بهداشتی در دو گروه تفاوت معنی داری را نشان نداد. سابقه انجام CBE در گروه تجربی و شاهد به ترتیب ۱۹/۴٪

که در چهار چو بوزمینه ای انجام گردد که بر ای آن شرایط مناسب باشد^(۲۳) زبان، خصوصیات اجتماعی و فرهنگی افراد، در استفا ده آنها از سرویس های بهداشتی تأثیر دارد^(۴) به همین دلیل در این مطالعه تأثیر اطلاع رسانی از طریق جز وات آموزشی، بر انجام CBE در معلمین مدرس دخترانه کرمان بررسی شد تا در صورت مؤثر بو دن این نوع آموزش که روشی کم هزینه و در دسترس است، از آن در سطح وسیع و عمومی استفاده شود. بدیهی است در کنار آموزش، آمادگی پزشکا نو افراد آموزش دیده تیم بهداشتی و همچنین وجود کلینیک های مخصوص معاینه ضرورت دارد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع تجربی است که در آن تأثیر آموزش بر مراجعه معلمان مدرس دخترانه (ابتدایی، راهنمایی و متوسطه) جهت CBE در سال ۱۳۷۸ مورد بررسی قرار گرفت. حجم نمونه با در نظر گرفتن $\alpha = 0/01$ ، $\beta = 0/15$ و $p_{min} = 0/15$ و $p_{max} = 0/25$ و با توجه به روش نمونه گیری و احتمال افت نمونه، ۳۰۰ نفر در هر گروه تعیین گردید که به روش چند مرحله ای انتخاب شدند. آمو زش و پرورش کرما ندارای دو ناحیه است که هر یک به عنوان یک خوشه بزرگ محسوب گردید و به روش تصادفی ناحیه ۱ به عنوان گروه کنترل و ناحیه ۲ به عنوان گروه تجربی در نظر گرفته شد. به طور متوسط در هر مدرسه حدود ۲۰ نفر معلم مشغول به کار بودند با توجه به حجم نمونه در هر گروه (۳۰۰ نفر) از هر ناحیه ۱۵ مدرسه (۵ دبستان، ۵ مدرسه راهنمایی، ۵ دبیرستان) به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. سپس جز وه آموزشی در ارتباط با اهمیت شرکت در غربالگری و انجام CBE برای پیشگیری از سرطان پستان ندر اختیار گروه تجربی قرار گرفت. از طریق اطلاعیه ای زما نو مکان معاینات کلینیکی به اطلاع تمام افراد هر دو گروه و رسانیده شد. پس از گذشت دو ماه، پرسشنامه ای پژوهشگر - ساخته حاوی سوالاتی در مو رد ویژگی های فر و مراجع قبلی و هم چنین مراجعه فعلی و زما نو مکا ن آن در اختیار کل افر لدو گروه (به جز مراجعه کنندگان به کلینیک) قرار گرفت، که

بحث

قبل از پرداختن به بیان نتایج و مقایسه آن با یافته‌های سایر پژوهش‌ها لازم است این نکته یادآوری شود که معمولاً رفتار افر لدر هر جامعه تأثیر گرفته از عوامل مختلفی از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و... است. بنابراین در مقایسه یافته‌های این مطالعه با سایر تحقیقات که در مکان‌ها و شرایط متفاوتی انجام گرفته‌اند باید دقت شود. مطالعه فعلی نشان داد که میزان مراجعه افر لدر گروه تجربی پس از آموزش ۱۷/۳٪ بود. گروه کنترل ۶٪ بود. یعنی به دنبال آموزش درصد مراجعه گروه تجربی تقریباً سه برابر گروه کنترل بوده است. در مطالعه Kernohan درصد مشارکت زنان در آزمایشات غربالگری پستان قبل از آموزش ۲۲٪ بود، اما پس از آموزش به ۵۹٪ افزایش یافت^(۲۴). Roberson نیز در مطالعه خود پس از آموزش مشارکت را افزایش داد. در نقاط مختلف جامعه، توانسته بود ۷۵٪ زنان مورد مطالعه را تشویق به انجام CBE نماید^(۲۵). هاریس در تحقیق خود نتیجه می‌گیرد کسانی که در غربالگری شرکت نمی‌کنند بیشتر جزء افرادی هستند که در مورد فواید و اهمیت این اقدام اطلاعات کمتر دارند^(۹).

Ferris تأثیر آموزش زنان را از طریق اطلاعات نوشتاری، بر روی عملکرد زنان مثبت ارزیابی کرد^(۷). علت مشارکت کمتر زنان در پژوهش حاضر، علاوه بر تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد. اول این که زمان اختصاص داده شده برای مراجعه در این مطالعه فقط ۲ ماه بود، که کمتر از زمان در نظر گرفته شده در اکثر مطالعات دیگر است. دیگر اینکه در غالب پژوهش‌های دیگر، آموزش‌های مختلفی برای آموزش استفاده شده، در صورتی که در این مطالعه فقط از جزوات آموزشی بهره گرفته شده است. نهایتاً در این تحقیق به علت محدودیت امکانات در کل شهر تنها یک مرکز جهت مراجعه در نظر گرفته شد، در صورتی که در سایر مطالعات کلینیک‌های مختلف و حتی به صورت سیار در سطح جامعه بدین منظور اختصاص داده شده است. اگر این محدودیت‌ها برای پژوهش حاضر وجود نداشت احتمالاً میزان مراجعه جهت CBE از این مقدار نیز بیشتر می‌شد.

۱۶/۳٪ که تفاوت معنی دار آماری نداشتند. تفاوت مراجعه جهت CBE در گروه تجربی قبل و بعد از آموزش با استفاده از آزمون مک نمار، اختلاف معنی داری نشان نداد اما در گروه شاهد این تفاوت معنی دار بود. ($P < 0/001$)، به طوری که ۴/۵٪ (۱۱ نفر) از گروه شاهد که قبلاً جهت انجام CBE مراجعه نکرده بودند بعد از نصب اطلاعیه در طول مدت دو ماه جهت معاینه مراجعه کرده بودند، در حالیکه ۱۴/۶٪ که مراجعه قبلی داشتند در طول مدت مطالعه جهت CBE مراجعه نکرده بودند (جدول ۱). در مقایسه مراجعه معلمان گروه شاهد و تجربی ۲ ماه بعد از توزیع جزوات آموزشی به ترتیب ۶٪ و ۱۷/۳٪ از افر لدر گروه جهت معاینه به کلینیک تعیین شده مراجعه کردند. آزمون مجذور کای اختلاف معنی داری را از نظر مراجعه نشان نداد ($P < 0/001$). در گروه کنترل بین متغیرهای سن، تحصیلات، سابقه سرطان پستان ندر خانواده با میزان مراجعه رابطه وجود نداشت. در حالی که در گروه تجربی فقط بین مراجعه و سابقه سرطان پستان ندر خانواده رابطه معنی دای وجود داشت ($P < 0/05$). به طوری که مراجعه در افرادی که سابقه سرطان پستان ندر خانوادگی داشتند (۳۲/۴٪) بیش از کسانی بود که این سابقه را نداشتند (۱۴/۷٪).

جدول ۱- مقایسه میزان مراجعه معلمان گروه‌های تجربی و کنترل قبل و بعد از آموزش

مراجعه فعلی / مراجعه قبلی	بلی	خیر	نتیجه آزمون مک نمار
گروه تجربی بلی	۱۸	۳۰	$P > 0/05$
گروه تجربی خیر	۲۵	۱۷۹	
گروه کنترل بلی	۴	۳۶	$P < 0/001$
گروه کنترل خیر	۱۱	۱۹۵	

جدول ۲- مقایسه میزان مراجعه معلمان گروه‌های تجربی و کنترل جهت انجام CBE بعد از آموزش

گروه مراجعه	کنترل		تجربی		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
داشته	۱۵	۶	۴۴	۱۷/۳	۵۹	۱۲
نداشته	۲۳۱	۹۴	۲۱۰	۸۲/۷	۴۴۱	۸۸
جمع	۲۴۶	۱۰۰	۲۵۴	۱۰۰	۵۰۰	۱۰۰

$$X^2 = 14/07 \quad df = 1 \quad P < 0/001$$

معاینات^(۱۸،۳۵) و جو د دارد. احتمالاً تفاوت‌های فرهنگی این جوامع و کافی نبودن عامل تحصیلات به عنوان پیش‌بینی‌کننده رفتارمی تواند دلیل این گونه مغایر آنها در نتایج مطالعات مختلف باشد. بین متغیر سن با مراجعه بر اساس تحصیلات، ارتباط معنی داری یافت نشد. گرچه چند پژوهشگر دیگر نیز به همین نتیجه دست یافتند^(۱۸،۲۸،۳۰،۳۵) اما بعضی مطالعات به شرکت بیشتر زنان مسن تر در برنامه‌های غربالگری اشاره کرده‌اند. از طرفی بارتو ندر مطالعه خود اشاره می‌کند چون بافت پستان زنان مسن تر از حالت متراکم خارج شد و میزان چربی آن افزایش یافته، تشخیص توده توسط CBE نسبت به زنان جو انراحت تر است ضمن آن که اشاره می‌کند زنان سالمند نسبت به افراد جوان پذیرش کمتری نسبت به ماموگرافی داشته و CBE راراحت تر قبول می‌کنند^(۵). احتمالاً متفاوت بودن میانگین سنی و شرکت دادن زنان سنین خا ص در مطالعات قبلی می‌تواند دلیل به دست آوردن نتایج مغایر باشد. در این پژوهش در گروه تجربی بین متغیر سابقه سرطان پستا ندر خانو ادمو مراجعه رابطه معنی داری وجود داشت. بنابراین همراه با دریافت اطلاعات، وجود فرد مبتلا در خانواده بر شرکت بیشتر معلما ن این گر و هدر CBE مؤثر بوده است. نتایج بعضی از مطالعات نیز نشان می‌دهد زنانی که در خانواده فرد مبتلا به سرطان پستا ندادارند تمایل بیشتری برای شرکت در غربالگری‌ها، نشان می‌دهند^(۳۱،۳۷).

نتیجه‌گیری

گرچه میزان مراجعه در هر دو گر و هراضی کننده نمی‌باشد، اما در عین حال با در نظر گرفتن محدودیت زمانی در نظر گرفته شده، استفا ده از جز وات آموزشی که روشی کم‌خرج و ساده است، بدون حضور مستقیم آمو زش‌دهنده توانسته در ترغیب افراد برای شرکت در غربالگری مؤثر باشد. مراجعه در گروه تجربی حد و دسه برابر گر و ه شاهد بود که نشا ندهنده تأثیر نسبی این شیوه‌ی آموزش بر مراجعه می‌باشد.

References

1- David jill. *Cancer prevention treatment and palliation london*: Chapman and Hall 1995 : 2-16-26-51.

گرچه انتظار می‌رفت مراجعه در گروه تجربی بعد از آموزش به طور معنی داری افزایش یابد، اما چنین نتیجه‌ای به دست نیامد. در مورد علت احتمالی این موضوع می‌توان به محدود بودن مهلت مقرر جهت مراجعه نسبت به قبل از آن که محدودیت زمانی مطرح نبو دو توصیه به انجام CBE در روزهای ۷-۵ قاعدگی اشاره کرد. علاوه بر این زمان انجام CBE قبل از آموزش به گونه‌ای بوده که با توجه به دستورالعمل ارایه شد هدر جزو ه آموزشی، در طی دو ماه نیازی به اقدام مجدد نبوده است.

Sutton و همکاران نیز در پژوهش خود به نتایج مشابهی دست یافتند، زنانی که طی ۱۲ ماه قبل از مطالعه برای غربالگری اقدام کرده بودند در مطالعه آنها کمتر جهت غربالگری مراجعه کرده بودند^(۸). تفاوت معنی دار مراجعه در گروه شاهد قبل از نصب اطلاعیه و دو ماه بعد از آن که مراجعه کمتر یر ا بعد از دو ماه نسبت به قبل از آن نشا نداد، می‌تواند ناشی از کوتاه بودن مهلت جهت مراجعه نسبت به قبل از آن، کم بودن فاصله زمانی بین مراجعه قبلی و مهلت تعیین شد مو مهمتر از همه عد م ایجا دانگیزه کافی از طریق نصب اطلاعیه باشد.

در گروه کنترل بین متغیرهای سن، تحصیلات، سابقه بیما ری در خانو ادمو مراجعه معلما ن جهت CBE رابطه معنی د ای وجود نداشت. همین طور بین متغیرهای سن و تحصیلا تو مراجعه معلما ن گر و ه تجربی نیز رابطه معنی داری یافت نشد. در صورتی که بین متغیر سابقه سرطان پستا ندر خانو ادمو مراجعه معلما ن، در این گر و ه رابطه معنی د ای وجود داشت ($P < 0.05$) عدم ارتباط بین مراجعه با تحصیلا تدر هر دو گر و ه احتمالاً مربوط به نبودن تفاوت چشمگیر بین تحصیلات نمونه مورد مطالعه می‌باشد، به طوری که تحصیلات اکثر آزمودنی‌ها از دیپلم تا لیسانس بو ددر مطالعات قبلی در این زمینه نتایج متفاوتی از قبیل عد م رابطه بین انجام معاینه و تحصیلات^(۸)، تمایل بیشتر درزنا ندراری تحصیلات بالاتر به شرکت در غربالگری سرطان^(۲۹،۳۰،۳۱،۳۲،۳۳) و تمایل بیشتر درزنا ندراری تحصیلات پایین تر برای شرکت در

2- Ali Nagia. S khalil, Hodaz. *Cancer preventive and early detection among Egyptiant*, Cancer Nursing, vol:19, No:2/996,:8190 .

- 3- Mc Donald, Sharon and et al. *performance and reporting of Clinical breast examination: A review of the literature*, ca: a Cancer Journal for Clinicians, New York: Nov/Dec, 2004, Vol: 54, ISS 6: 345.
- 4- Rose Deniel. *Breast cancer*, Led, New York: Churchill Livingstone. 1999 :4-13-39-59-153-478-289-385-418-625-780.
- 5- Nivchols. Bs, Misra R, Alexy B. *Cancer detection: How effective is Public education?* Cancer Nursing. Vol: 19, No: 2, 1996: 98-103.
- 6- Stoll Basill H: *Reducing breast cancer Risk in woman*. Bled, Boston: klawer, Academic Publishers 1995: 7-158-187.
- 7- Stetz KM, Haberman MR, Holcombe J, Jones LS. 1994 Oncology Nursing society research priorities survey: Ong, vol: 22, No: 5, 1995: 785-9.
- 8- Lipman, Marc, *Diagnosis and management of Cancer: Phigadelphia: WB Sunders company*, 1988 :10, 488.
- 9- Harris Dawne M, Jane E, Miller, Diane M. Davis: *Racial differences in breast cancer screening, knaowledge and compliance*, Journal of the National Medical Association, Aug 2003, VOL: 95. ISS8, 693
10. Phillips Jance M and wilbur, joellen, *Adherance to Breast cancer screening guiddelines among African American woman of differing employment status*, Cancer Nursing, Vol: 18, No: 4, 1995: 258- 269
- 11- Lawrence. *Halc. History, physical examination and Education in Breast self Examination* . Clinical Obstetrics and Gynecology , vol: 73 No: 4, 1994: 884-886
- 12- Beisecker, Analee E, Hayes Jeanne, Ashworth. Janet and Reese, Pennyl. *Providing information about Breast cancer via public* Cancer detection and prevention. 1997: Vol: 21, No: 7 370-379 .
- 13- Baron, Roberta H and walsh . *9 facts Every one should know About Breast cancer* . Agn, Vol: 95, No: 7, 1995: 570 .
- 14- saslow Debbie and Judy Hannan, janet O Such, *Clinical Breast examination: Parctical recommendations for optimizing Performance and reporting*, ca: a cancer Journal for Clinicians, 2004, Vol: ISS: 6, 327-344.
- 15- Wolf. John N. *Breast cancer screening*. A brief historical review. Breast Cancer Research and Treatment. Vol: 18, No: 1, 1991: 589-590.
- 16- Medical Devices and surgical Technology week, *Breast Cancer screening*; Clinical Breast Examination is an important Part of screening, Atlanta: Sep 14, 2003: 280.
- 17- Baines, Cornelia and Mary b barton, Lamar Mc. Ginnis. *How to perform an effective Clinical Breast exam patient care*, Mississauga: Nov, 2002, vol: 13, 1ss: 17: 66 .
- 18- Scott, James R, Ronold S. Gibbs, Beth Y. *Obstetrics and Gynecology*, 9th ed, Lippincott. Williams and wilkins, Philadelphia, 2003: 893- 894.
- 19- Breast Cancer : *Modeling breast-screening study data shows mamography breast exams benefits, obesity, fitness and wellness weeker*, Atlanta: Aug . 28, 2004: 127.
- 20- Barton, Mary B, Russell Harris, Suzanne W Fletcher, *Dose this patient have breast cancer?* , JAMA, Oct 6, 1999, vol: 282, 1ss: 13: 1210, 11 .
- 21- Haeris, Russel and kinsinger, Linda s, *Routinely teaching breast self examination is dead, what dose this mean* Journal of the National Cancer Institue , Oct 2, 2002, Vol: 94, 1ss: 19, 3: 1420
- 22- Biger C, Epsten L, Hagoel. L, Robinson E. *An evaluation of an education program for prevention and early diagnosis on israel*, European-j, Cancer preven , vol: 3, No: 4, 1996: 305-12 .
- 23- Pitts Marina : *The psychology of preventive*

- Health*, Led.Londin :Routledge. 1996: 1-32 .
- 24- Yi Jenny K. *Accultation and pap smear screening practices among callege-aged vietnamese women in the united states*. Cancer Nursing .Vol:21.No:5.1998: 336-340
- 25- kernohan.EEM. *Evaluation of a pilot study for Breast and cervical cancer screening with Brodfords minority ethnic women: a community development approach*, 1991.93 Br. J. of Cancer. Vol:74,1996: S 42-s 46 .
- 26- Roberson, Noma I, *Breast cancer screening in older black women*. Cancer supplement. Vol:74, No:7, 1994: 2034-2041.
- 27- Ferris, Neville H. Gordon,L. Jeannine petry,arks.Litaker, Marcia Nackenson and Lisa D. wood ward. *Effectiveness of Breast self examination prompts on oral contraceptive pakagin*. The Journal of Family Practice. Vol:42, No:1, 1996: 43-48
- 28- Sutton, stephen Bickler G, Sancgo, Aldridge. *Prospective study of predictors of attendance for breast screening inner london*. Journal of Epidemiologvan Community Health. Vol:48, 1994: 66-73
- 29- Vernion, Victor G. Vogel, Susan Halabi, ilehristv L. Jackson, Ray O.Lundy and Georg W. Peters. *Breast cancer screening behavior and Attitudes in three Racial*. Ethinc Groups, Cancer, Jun.1, 1992, vol:69, No:1, 1991: 165-174.
- 30- Spradley Barbara walton: *Comunaity health Nursing concepts and practice. 3ed. Llinois scott: Brawn higher Education*. 1990: 67.32)lerman Caryn and et al, *Factors Associated with Adherence 10 Breast cancer screening*, preventive Medicine . vol:19,1990: 280
- 31- Rimer.Joellen M Schildkraut, Caryn lerman, Ting Hsiang. *Participation in a womans Breast cancer risk conselling Trial*.Who Participantes? Who Declines?American Cancer society. Vol:77, No:11, 1996: 2348-2355.
- 32- Lerman. Caryn Barbara Rimer, Bruce trock, Andrew balshem and Paul F.Engstrom. *Factors Associated with Repeat Adherence to Breast Cancer screening*, Preventive Medicine. Vol:19,1990:279-290.
- 33- Bostick, Reberd M,J.Michael sprafka, Beth A. Viring and John D.Potter. *Predictors of cancer prevention Attitudes and participation in cancer screening Examination*, Preventive Medicine, vol:23, 1994:816-826.
- 34- Rodriguez, carmen. Mtoni Plasencia and Drik G. Schroeder. *Predictive Factors of enroillment and adherence in a breast cancer screening program in Barcelon (SPAINO, Research)*, vol:40, No:8, 1995: 1155-1160
- 35- Cockburn Jill, Marg Sutherland, Marco Cappiello and Mary Hevern. *Predictors of attendance at a relocatable Mamography service for rural Woman Australian And New zeland* Journal of Public Health.Vol: 21, No:7, 1997:739-742.
- 36- Sensiba, Marg Elizabeth and stewart Dorothis, *Relationship of Percived Barriers to Breast self-Examination in women of varying Ages and Levels of Education*.ONF.Vol:22, No:8, 1995:1267-68.
- 37- Baines, Corn .lia and To Teresa, *Changes in Breast self Examination Behavior Achived by 89.835 participants in canadian Nationals Breast screening study*, Cancer, vol:6, No:3,1990: 270-276.