

ارزیابی نگرش و مهارت پزشکان عمومی زن شهر مشهد در برخورد بالینی و معاینه فیزیکی توده پستان

دکتر محمد تقی رجبی مشهدی^۱، دکتر آسیه سادات فتاحی^{۲*}، دکتر ساعده
مختار شاهی^۳

۱. دانشیار گروه جراحی عمومی، مرکز تحقیقات جراحی آندوسکوپی و کم تهاجمی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه جراحی عمومی، مرکز تحقیقات جراحی آندوسکوپی و کم تهاجمی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۶/۲ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۵

خلاصه

مقدمه: سرطان پستان به عنوان شایعترین سرطان در بین زنان، یکی از مسائل عمده بهداشتی کشور می باشد و در اکثر موارد، مراجعه بیماران به سطوح اول درمان یعنی پزشکان عمومی می باشد. لذا توانمندی پزشکان در معاینه و برخورد با این بیماری شایع، می تواند به انتخاب مناسب ترین روش توسط آنان کمک کند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی مهارت پزشکان عمومی زن در مواجهه با شکایات پستان که از شایعترین مراجعات آنان می باشد، انجام شد.

روش کار: این مطالعه آینده نگر بر روی ۵۰ پزشک عمومی زن که دارای مطب در شهر مشهد بودند، در سال ۱۳۹۰ انجام شد. ابزار تحقیق، خانم ۳۵ ساله سالم، بدون سابقه بیماری با ماموگرافی و سونوگرافی نرمال بود که با شکایت احساس توده پستان مراجعه کرده بود. محقق به عنوان همراه بیمار به مطب پزشکان مراجعه و سؤالات و معاینه و ارجاع بیمار را در چک لیستی که از قبل طراحی شده بود، خارج از مطب پزشک بلافاصله تکمیل می کرد.

یافته‌ها: ۳۲ نفر (۶۴٪) از پزشکان، سن شایع ابتلاء به سرطان و ۳۰ نفر (۶۰٪) ارتباط سرطان پستان با بارداری را می دانستند. اما تنها ۱۲ نفر (۲۴٪) همه عوامل خطر را سؤال کردند. ۷ نفر (۱۴٪) از نگاه به پستان و ۳۲ نفر (۶۴٪) از مانورهای لمس استفاده کردند، اما ۳۳ نفر (۶۶٪) معاینه کامل غدد لنفاوی را انجام ندادند. ۲۳ نفر (۵۶٪) به غلط تشخیص قطعی توده دادند و ۱۹ نفر (۳۸٪) به طور قطع وجود توده را رد کردند.

نتیجه گیری: نگرش و مهارت پزشکان عمومی زن در برخورد با توده پستان، به عنوان شایعترین سرطان در بین زنان، کافی نمی باشد. آموزش بیشتر مهارت عملی و برخورد بعد از اتمام تحصیل پیشنهاد می شود.

کلمات کلیدی: آموزش پزشکی، ایران، پزشکان عمومی، پستان، توده پستان

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر آسیه سادات فتاحی؛ مرکز تحقیقات جراحی آندوسکوپی و کم تهاجمی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۰۲۹۷۲؛ پست الکترونیک: fattahima@mums.ac.ir

مقدمه

سرطان پستان به عنوان شایعترین سرطان در بین زنان ایران و جهان، یکی از مسائل عمده بهداشتی کشور می باشد. در اکثر موارد به خصوص در مناطق دور افتاده که امکانات زیادی وجود ندارد، مراجعه بیماران به سطوح اول درمان یعنی پزشکان عمومی، پزشکان خانواده و درمانگاه ها می باشد. لذا پزشک عمومی ماهر با استفاده از آموخته های علمی، تجارب بالینی و با توجه به شرح حال دقیق و معاینه فیزیکی صحیح می تواند شایعترین و مهمترین تشخیص ها را مطرح کرده و با توجه به هزینه های هنگفت روش های پاراکلینیک، در دسترس ترین و ارزانترین روش را انتخاب و به شکل مناسب، بیمار را به متخصص مربوطه ارجاع دهد. این موضوع باعث می شود از تأخیر در تشخیص بیماری جلوگیری شده و درمان به موقع شروع شود و بیمار با سرطان در مراحل پیشرفته به مراکز تخصصی ارجاع نشود. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی نگرش، دانش و مهارت پزشکان عمومی زن با مواجهه با شکایات پستان که از شایعترین مراجعات آنان و از مهمترین معضلات کشور می باشد انجام شد. هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی بخش کوچکی از توانایی های مورد انتظار پزشکان عمومی؛ یعنی اطلاعات علمی و توانایی عملی در مورد یکی از شایعترین شکایات بیماران زن است و با توجه به اینکه شایعترین علت مرگ زنان پس از سرطان ریه، سرطان پستان می باشد و اهمیت تشخیص زودرس و درمان مناسب، تأثیر زیادی بر امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران دارد، هر پزشک عمومی باید قادر باشد با شرح حال و معاینه دقیق، افراد در معرض خطر را شناسایی کرده و اقدامات لازم را به موقع انجام دهد (۱، ۲). بر اساس بررسی مطالعات داخلی انجام شده، باور مراجعین و پزشکان در خصوص غربالگری سرطان پستان مهم بوده که منجر به آموزش معاینه پستان و اقدامات غربالگری شده است. در مطالعات خارجی نیز موارد مشابهه با تأکید بر جنبه های آموزشی معاینه پستان توسط پزشکان و ایجاد مهارت کافی ذکر شده است (۵-۱).

روش کار

این مطالعه آینده گر در سال ۱۳۹۰ بر روی ۵۰ پزشک عمومی زن که در سطح شهر مشهد دارای مطب بودند انجام شد. در مجموع، ۵۹ مطب پزشک عمومی زن در مناطق مختلف سطح شهر به شکل تصادفی انتخاب شدند که در ۴۷ مورد در اولین بار مراجعه، ملاقات با پزشک انجام شد، به ۳ مطب، ۲ بار مراجعه شد و ۹ مطب علی رغم سه بار مراجعه، ملاقات انجام نشد و لذا از مطالعه خارج شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: پزشکان عمومی دارای مطب در سطح شهر بود و معیار خروج از مطالعه شامل: پزشکان مرد و عدم دسترسی به پزشک و سال فارغ التحصیلی یکسان با فرد ارزیابی کننده بود که افراد مورد مطالعه از پزشک بودن همراه بیمار اطلاع نداشتند.

ابزار تحقیق، استفاده از یک فرد سالم ولی با شکایت احساس توده پستان بود که وی را بیمارنا می نامیم. محقق به عنوان همراه بیمار به مطب پزشکان مراجعه می کرد. بیمارنا، خانم ۳۵ ساله اهل مشهد و خانه دار بود. شکایت وی احساس لمس توده در ربع تحتانی خارجی پستان راست از یک ماه قبل به شکل اتفاقی بود که گاهی درد حقیقی داشت و توده بزرگتر نشده بود. بیمار قبلاً ۲ بارداری و زایمان داشته که اولین بارداری او ۱۰ سال قبل بوده و از ۶ سال قبل، پس از زایمان دوم از قرص خوراکی ضد بارداری استفاده می کرده است. بیمار سابقه فامیلی سرطان پستان نداشت و هیچ داروی دیگری مصرف نمی کرد. شاخص توده بدنی وی ۲۳/۶ کیلوگرم بر متر مربع بود و سابقه بیماری طبی و جراحی قبلی نداشت. عادت ماهیانه او مرتب بوده و هر کودک خود را حدود یک سال شیر داده بود. محقق به عنوان همراه بیمار، به مطب پزشکان مراجعه و سؤالات پزشک را مد نظر قرار می داد. همچنین برخورد پزشک و بیمار و نحوه اجرای معاینه را به خاطر می سپرد.

سپس بیمار این سؤالات را از پزشک می پرسید:

۱- آیا سن بیمار (۳۵ سال)، سن ابتلاء به سرطان پستان هست یا خیر؟

فرد بیمارنا قبلاً هیچ گونه سابقه بیماری پستان، درد، آبرسه، شقاق و توده پستان نداشت، ابتدا معاینه کامل و سونوگرافی و ماموگرافی از وی انجام شد که طبیعی بود. بیمارنا از نظر سایر اعضا نیز مشکلی نداشت و چاق نبود (شاخص توده بدنی ۲۳/۶ کیلوگرم بر متر مربع).

به بیمارنا آموزش داده شد که در برابر هر سؤال، جواب مورد نظر را بگوید و مطلب اضافه تری نگویید. اطلاعات پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) بررسی شد. جهت بررسی اطلاعات فردی و جداول از روش های آمار توصیفی و جهت بررسی رابطه بین شرح حال و معاینه صحیح و تشخیص و ارجاع پزشک از آزمون کای اسکوتر استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مجموع ۵۰ پزشک عمومی زن وارد مطالعه شدند که مراجعه به مطب آنها ممکن شد. نمودار ۱ و ۲ تعداد تعداد پزشکانی که در مواجهه با بیمار، اقدام به گرفتن شرح حال کرده و معاینه بالینی کامل و درست کردند، در مقایسه با پزشکانی که معاینه ناکامل انجام دادند، را نشان می دهد.

۲- آیا سرطان به تعداد بارداری در طول عمر بستگی دارد یا خیر؟

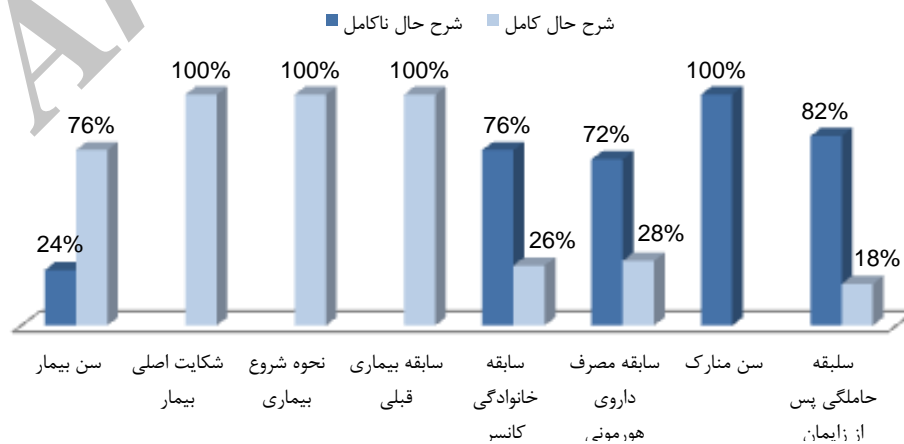
۳- آیا دارو باعث افزایش خطر ابتلاء به سرطان پستان می شود؟

محقق توجه می کرد که آیا پزشک، معاینه پستان را به بیمار آموزش می دهد یا خیر؟ بلافاصله پس از خروج از مطب، محقق با استفاده از چک لیست، مطالب مورد نظر را علامت گذاری می کرد.

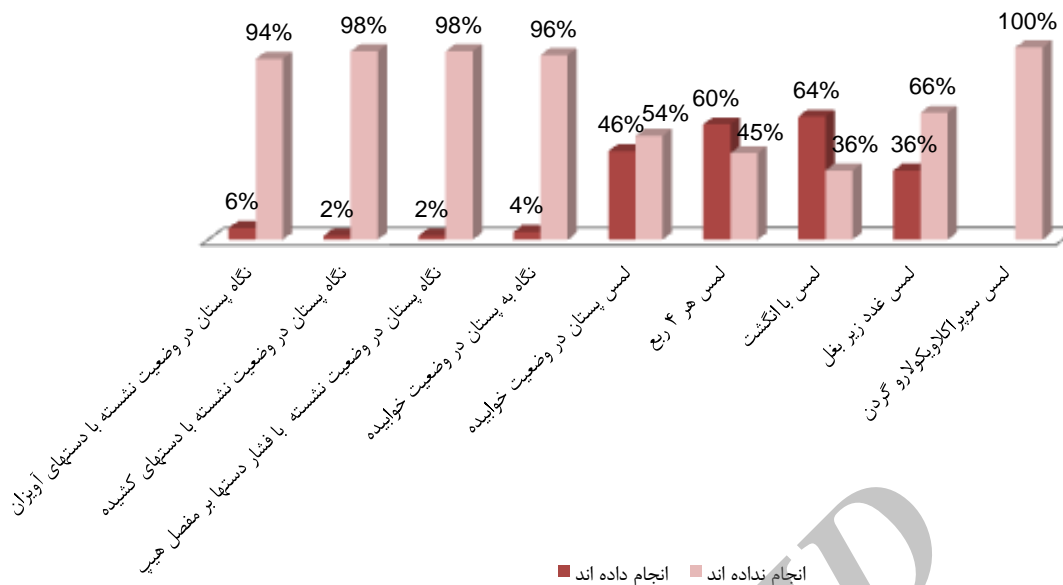
اطلاعات چک لیست شامل مواردی مانند: سن بیمار، شکایت بیمار، سابقه خانوادگی سرطان پستان در فامیل درجه یک و دو، سابقه قبلی اولین بارداری و تعداد زایمان و شیردهی، مصرف داروی هورمونی مانند قرص جلوگیری از بارداری و نحوه معاینه، نگاه به پستان در وضعیت های استاندارد (دست ها دو طرف، به سمت بالا، با فشار به مفصل هیپ و خم شده به جلو)، لمس پستان به شکل استاندارد در هر دو طرف، جستجوی غده لنفاوی در ناحیه زیر بغل، بالای کلویکول و گردن بود که پزشک باید از بیمار سؤال می کرد.

چک لیست شرح حال و معاینه، بر اساس منابع معتبر جراحی که منبع آموزش و امتحانات دوره پزشکی عمومی وزارتخانه هستند (کتاب معاینات بار بارابیتز و جراحی شوارتز)، طراحی شد.

تشخیص پزشک و اقدام بعدی او شامل ماموگرافی، دارو، سونوگرافی و یا ارجاع به جراح، ثبت و همچنین پاسخ پزشک به سؤالات بالا نیز درج می شد.



نمودار ۱- درصد پزشکانی که در مواجهه با بیمار اقدام به شرح حال کامل و ناکامل کردند



نمودار ۲- درصد پزشکیانی که معاینه بالینی را کامل انجام دادند

بودند که معاینه لمسی را درست انجام دادند (شامل ۲۰ نفر) و ۱۲ نفر (۲۴٪) در گروهی بودند که معاینه لمس پستان را کامل و صحیح انجام ندادند (شامل ۳۰ نفر)، که بر اساس آزمون آماری کای اسکوئر، از نظر آماری معنی دار نبود ($p > 0/05$). از بین پزشکیانی که برای بیمار دارو تجویز کردند، ۴ نفر معتقد بودند که توده ای وجود ندارد و نیمی از پزشکیانی که بیمار را به جراح ارجاع دادند، معتقد بودند که توده ای وجود ندارد و برای اطمینان بیشتر، بیمار را به جراح ارجاع دادند. داروهای تجویز شده توسط پزشک شامل: ترکیبات ضد التهاب غیر استروئیدی، ویتامین، آرام بخش و هیوسین بود. فقط ۲ نفر (۴٪) از پزشکان مورد مطالعه، معاینه خود آزمایشی پستان را به بیمار آموزش دادند (جدول ۱).

۳۲ نفر (۶۴٪) از پزشکان، سن شایع ابتلاء به سرطان را می دانستند و ۳۰ نفر (۶۰٪) ارتباط سرطان پستان با سن بالا در هنگام بارداری را می دانستند، اما ۳۷ نفر (۷۴٪) از پزشکان، سابقه خانوادگی سرطان را سؤال نکردند. در مجموع ۷ نفر (۱۴٪) از پزشکان، از مانورهای استاندارد نگاه به پستان در معاینه استفاده کردند و تنها ۴ نفر (۲٪)، از ۳ مانور یا بیشتر (از ۴ مانور استاندارد) برای قسمت نگاه به پستان در معاینه خود استفاده کردند. در مورد لمس پستان، بیش از ۳۰ نفر (۶۰٪) از پزشکان از مانورهای لمس استفاده کردند. در خصوص تشخیص توده پستان، ۲۳ نفر (۵۶٪)، تشخیص قطعی توده دادند، ۳ نفر (۶٪) به وجود توده مشکوک بودند و ۱۹ نفر (۳۸٪) به طور قطع، وجود توده را رد کردند (نمودار ۱، ۲). از افرادی که قطعاً وجود توده را لمس کردند، ۷ نفر (۱۴٪) در گروهی

جدول ۱- اولین اقدام پاراکلینیک توسط پزشکان

درصد پزشکان	تعداد پزشکان	اقدام تشخیصی
۲۴٪	۱۲	اولین و تنها اقدام، ماموگرافی بود
۴۸٪	۲۴	اولین و تنها اقدام، سونوگرافی بود
۸٪	۴	اولین اقدام هر دو مورد سونوگرافی و ماموگرافی بود
۸٪	۴	اولین اقدام تجویز دارو بود
۸٪	۴	اولین اقدام ارجاع به جراح بود
۲٪	۲	اولین اقدام ارجاع به جراح و سونوگرافی

بحث

یکی از اهداف تربیت پزشک عمومی این است که پزشک، آموخته‌ها را در عمل به شکل صحیح به کار برده و به شایستگی کامل رسیده باشد. این مسئله در مواجهه با معضلات بهداشتی درمانی شایع که مراجعات مکرر به پزشک را شامل می‌شود، از اهمیت خاصی برخوردار است. با توجه به اینکه سرطان پستان به عنوان شایعترین سرطان در زنان ایران، یکی از مراجعات عمده به پزشکان خصوصاً پزشکان عمومی زن است و شرح حال و معاینه دقیق و برخورد صحیح می‌تواند منجر به اقدام به موقع و مناسب برای بیمار باشد، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی نگرش و مهارت پزشکان عمومی زن انجام شد. مطالعه اپیدمیولوژیک وزارت بهداشت (۲۰۰۹) و موسوی و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که سرطان پستان در ایران، شایعترین سرطان در بین زنان و دومین عامل مرگ و میر بعد از سرطان ریه است و اکثر بیماران در مراحل ۲ و ۳ بیماری (توده بالای ۲ سانتی متر) مراجعه می‌کنند که اهمیت معاینه بالینی را در یافتن سرطان در مراحل رشد اولیه، در برخورد اول با بیمار که اکثراً در درمانگاه‌ها و مراجعه به پزشکان عمومی صورت می‌گیرد را می‌رساند (۱، ۲). نتایج مطالعات در زمینه آموزش پزشکی مبین این است که بالاترین سطح آموزش، رسیدن به شایستگی کامل است و اینکه فرد بتواند آنچه را که آموخته است، به شکل صحیح در عمل و جامعه به کار برد (مرحله آخر هرم Miller). میسر مراحل مهارت کامل را به شکل دانش، دانستن چگونگی انجام عمل، نشان دادن آن عمل و مرحله آخر انجام آن در محیط واقعی طبقه بندی می‌کند. آنچه مسلم است این است که ارزیابی مرحله آخر بسیار مشکل است و در اکثر امتحانات آخر دوره پزشکی عمومی امکان پذیر نمی‌باشد و اغلب مراحل دو و سه ارزیابی می‌شود. ارزیابی مرحله آخر در مطالعه حاضر چون به عملکرد افراد بعد از اتمام تحصیل و مواجهه با بیمار واقعی و در شرایط معمول و نه شرایط امتحان می‌پردازد قابل تأمل است، که پزشک بعد از چند سال کار در مواجهه با شکایت شایع توده پستان چگونه عمل می‌کند (۳).

با توجه به اینکه در ایران، برنامه ملی برای غربالگری سازمان یافته سرطان پستان وجود ندارد و تعداد زیادی از زنان با شکایات پستان مراجعه می‌کنند و با توجه به اینکه سن سرطان پستان در ایران ۱۰ سال جوان تر از میانگین جهانی است و در سن غربالگری با ماموگرافی نیستند (۲)، اهمیت دادن به معاینه بالینی پستان (CBE)^۱ در مراجعین به درمانگاه‌ها و مطب پزشکان عمومی ضروری به نظر می‌رسد. در مطالعه فرشلاف و همکاران (۲۰۱۰) ۱۸/۸ درصد افراد مراجعه کننده (معاینه پستان توسط فرد (BSE)^۲، ۱۹ درصد CBE و ۳ درصد ماموگرافی داشتند (۴) و در مطالعه ماهوری و همکار (۲۰۰۳) در شیراز، ۲۸ درصد افراد مراجعه کننده BSE و ۳۶ درصد CBE داشتند (۵).

در مطالعه برادران و همکار (۲۰۰۳) در تبریز، ۵۰ درصد افرادی که سالیانه معاینه بالینی پستان انجام می‌دادند، از سوی پزشکان عمومی و متخصصین زنان توصیه به انجام این کار شده بودند (۶). مطالعه جنسن (۲۰۱۲) در دانمارک که در زمینه غربالگری سرطان پستان و نگرش پزشکان عمومی انجام شد، نشان داد علی‌رغم اینکه پزشکان عمومی به طور مستقیم در غربالگری ملی درگیر نیستند، ولی به دلیل اینکه اولین سطح برخورد مراقبت‌های بهداشتی هستند، تمایل و نگرش آنها مهم بوده و آنالیز مولتی‌واریانت نشان داد زنانی که توسط پزشکان عمومی با نگرش و تمایل مثبت برای غربالگری ویزیت می‌شدند در مقایسه با پزشکانی که نگرش منفی به غربالگری سرطان پستان داشتند، بیشتر غربالگری سرطان پستان انجام داده بودند. هر چند این پزشکان عمومی مستقیماً در برنامه غربالگری دخالت نداشتند (۷). در مطالعه دیکسون و همکاران (۲۰۰۳)، ۲۷۱ پزشک خانواده که به طور متوسط ۲۰ معاینه پستان در ماه انجام می‌دادند، پرسشنامه‌ای در خصوص معاینات و مهارت‌های مرتبط با سلامت زنان را تکمیل کردند. بیش از ۹۵٪ آنان معتقد بودند که انجام معاینه پستان مراقبت اولیه بسیار مهم است و بیش از ۹۰٪ آنان از نحوه انجام درست آن توسط خودشان مطمئن بودند (۸). در مطالعه

¹ Clinical Breast Exam

² Breast Self Exam

حاضر تعداد معدودی از پزشکان عمومی، نحوه معاینه پستان را که در یافتن سرطان در مراحل اولیه اهمیت دارد، به بیماران آموزش دادند. در حالی که مطالعات نشان داده اند جایگاه پزشکان در افزایش سطح آگاهی اجتماعی و ارجاع صحیح بیمار بسیار زیاد است، خصوصاً با توجه به اینکه سن سرطان پستان در ایران پایین است و در موارد بسیاری، کمتر از سن شروع غربالگری با ماموگرافی است (۲). از ۲۰ نکته ذکر شده در چک لیست شرح حال و معاینه فیزیکی، پزشکان بیشتر از ۱۰ آیتم را به کار نبرده بودند. اکثر پزشکان، شرح حال مرتبط با توده و نحوه شروع بیماری و سابقه قبلی را پرسیده بودند، اما در خصوص عوامل خطر سرطان پستان که فرد را در گروه پرخطر قرار داده و حتی نوع اقدام مورد نیاز بعدی بیمار در این گروه در مقایسه با افراد کم خطر متفاوت است، اغلب کامل پرسیده نشده بود. در مطالعه حاضر ۶۴ درصد پزشکان از ارتباط سن با سرطان و تعداد بارداری مطلع بودند ولی کمتر از ۳۰ درصد آنها، شرح حال خانوادگی و قبلی بیمار را کامل پرسیدند که این امر باعث می شود بیماران پرخطر از دید پزشک عمومی دور بمانند. در خصوص مانورهای معاینه نیز اکثر پزشکان، مانورهای لمس را انجام دادند که خوب است ولی از مانورهای نگاه استفاده نکردند. همچنین در این مطالعه ۵۶ درصد پزشکان به اشتباه تشخیص قطعی توده دادند و تنها ۳۸ درصد پزشکان آن را به طور کامل رد کردند. تحلیل نتایج نشان داد افرادی که تشخیص اشتباه توده گذاشته بودند، در هر دو گروه بودند و از نظر آماری ارتباط معنی داری بین معاینه و تشخیص قطعی عدم وجود توده وجود نداشت. لذا به نظر می رسد دانستن تکنیک صحیح معاینه کافی نیست و برای ایجاد مهارت لازم، تجربه و عوامل دیگری دخیل است که نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه می باشد. مطالعه الصغیر و همکاران به چالش های مرتبط با سرطان پستان در مصر و کشورهای عربی پرداخت که مشابه ایران است و اینکه هنوز تعداد زیادی از بیماران با مراحل پیشرفته بیماری سرطان پستان مراجعه می کنند و برای آگاه سازی بیماران در مسیر درستی حرکت انجام نمی شود. لذا بر اهمیت آموزش زنان و معاینه سالانه

پزشک CBE تأکید می کنند که در کشورهای کمتر توسعه یافته که منابع مالی بسیار بالا برای غربالگری با روش های تصویر برداری ندارند، معاینه دقیق می تواند به یافتن سرطان در مراحل اولیه کمک کند (۹).

مطالعه میراندا و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد زنان نژادهای اقلیت و غیر سفید پوست، کمتر در برنامه های غربالگری شرکت کرده و CBE و ماموگرافی انجام می دهند و در مراحل بالاتر سرطان مراجعه می کنند (۱۰). کیفیت علمی و عملی ناکافی در پزشکان مورد مطالعه می تواند ناشی از ناکافی بودن آموزش پزشکی خصوصاً در حیطه مهارتی و نگرش و عدم مواجهه مناسب با تعداد مورد لزوم بیمار باشد و یا اینکه اهمیت این آموزش ها خصوصاً معاینه فیزیکی کامل و کافی پس از مدتی کمرنگ شده و یا اینکه پزشکان آن را به کار نمی برند و به پاراکلینیک متوسل می شوند و یا بدون بررسی کامل بیماران را ارجاع می دهند؛ به گونه ای که در مطالعه حاضر ۳۸٪ پزشکان وجود توده را به طور قطع رد کردند. جهت بهبود مهارت های عملی، تهیه چک لیست مشابه طرح فوق در بیماری های شایع، بکارگیری مدل های قابل معاینه، فیلم های کمک آموزشی، برگزاری هدفمند دوره های آموزش مداوم پس از تحصیل و ملزم کردن پزشکان برای گذراندن مهارت های مورد لزوم می تواند کمک کننده باشد (نمودار ۱، ۲).

در مطالعه کوترانزا و همکاران (۲۰۱۲) با فراهم آوردن محیط آموزشی ترکیبی که در زمان انجام معاینه پستان توسط تعلیم گیرنده بازخورد توسط تعلیم دهنده به وی می دادند، در ۶۹ نفر از آموزش گیرندگان روش معاینه پستان باعث بهتر شدن مهارت شده بود (۱۱). همچنین مطالعه برایان و همکار (۲۰۱۳) نشان داد که CBE به عنوان یک ابزار تشخیصی مهم است. علی رغم سایر روش ها برای غربالگری سرطان پستان مانند ماموگرافی، آموزش صحیح معاینه اهمیت دارد و نباید از آن غفلت کرد و به عنوان یک بخش مراقبت زنان، پزشکان باید مهارت لازم این معاینه را داشته باشند و برای بهبود این مهارت استفاده از مدل های آموزشی را توصیه می کند (۱۲). در مطالعه اشتاینر و همکاران (۲۰۰۸) هنگامی که رزیدنت های سال اول تحت تعلیم کوریکولوم استاندارد

خصوص شرح حال و معاینه شکایات پستان در مناطق دیگر می تواند تفاوت هایی داشته باشد که از محدودیت های مطالعه حاضر است.

نتیجه گیری

نگرش و مهارت پزشکان عمومی زن در برخورد با توده پستان، به عنوان شایعترین سرطان در بین زنان که بخش مهمی از مراجعین به آنان را در سطح اول مراقبت های سلامت تشکیل می دهد، کافی نمی باشد. تقویت دانش و نگرش و مهارت آنان با تأکید بر تقویت آموزشی پزشکی، برگزاری دوره های آموزشی پس از اتمام تحصیل به عنوان مکمل و تهیه مواد کمکی مانند چک لیست، پمفلت و مدل های معاینه می تواند کمک کننده باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از زحمات سرکار خانم سیما بیگلی، کارشناس محترم مرکز تحقیقات در مراحل تهیه مقاله تشکر و قدردانی می شود.

معاینه شامل ۲-۱ ساعت مطالعه با ویدئو و ۲/۵ ساعت کار با مدل های سیلیکونی پستان قرار گرفتند نسبت به دستیارانی که این تعلیم را نداشتند، توانایی یافتن توده ۳ میلی متر در مدل سیلیکونی پستان ۸۴٪ به نسبت ۴۶٪ بود (در دستیارانی بود که این روش تعلیم را نداشتند) و به این نتیجه رسیدند که تعلیم استاندارد CBE می تواند تشخیص زودرس سرطان پستان را افزایش دهد (۱۳). حتی لیندبرگ و همکاران (۲۰۰۹) با جلسات مشاوره ۳۰ تا ۴۵ دقیقه ای آموزش معاینه پستان برای زنان (CBE) همراه با معاینه مدل های سیلیکونی بعد از پیگیری یک ساله به این نتیجه رسیدند که این مداخله، باعث تشویق بیشتر افراد به CBE به نسبت گروه کنترل می شود (۱۴).

در مطالعه حاضر نمونه کوچکی از پزشکان سطح شهر مشهد بررسی شدند (به عنوان مطالعه پایه و اولیه) و اهمیت معاینه بالینی و همچنین تقویت برنامه های استاندارد آموزش معاینه پستان را نشان داد. لازم است مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر برای برنامه آموزشی بهتر انجام شود. زیرا با توجه شرایط تحصیلی - کاری متفاوت پزشکان، خصوصاً در دانشگاه های مختلف، نتایج مطالعه در زمینه آموزش مهارت های پزشکی عمومی در

منابع

1. Ministry of Health and Medical Educations. [Research center of breast cancer]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2009. [in Persian].
2. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *Breast J* 2007 Jul-Aug;13(4):383-91.
3. van der Vleuten CP, Schuwirth LW. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Educ* 2005 Mar;39(3):309-17.
4. Khalili AF, Shahnazi M. Breast cancer screening (breast self-examination, clinical breast exam, and mammography) in women referred to health centers in Tabriz, Iran. *Indian J Med Sci* 2010 Apr;64(4):149-62.
5. Mahoori KH, SHA, Talei AR. [Knowledge and practice of women referring to Shiraz health centers about breast cancer screening] [Article in Persian]. *J Hormozgan Univ Med Sci* 2003;7:68-75.
6. Baradaran R, Barzaje AS. [Breast cancer screening methods in women Zanjan, Iran]. *Proceedings of Health Promotion Seminar of Zanzan University of Medical Sciences* 2003:38. [in Persian]
7. Jensen LF, Mukai TO, Andersen B, Vedsted P. The association between general practitioners' attitudes towards breast cancer screening and women's screening participation. *BMC Cancer* 2012 Jun 18;12:254.
8. Dixon JG, Bognar BA, Keyserling TC, Du Pre CT, Xie SX, Wickstrom GC, et al. Teaching women's health skills: confidence, attitudes and practice patterns of academic generalist physician. *J Gen Intern Med* 2003 Jun;18(6):411-8.
9. El Saghier NS. Responding to the challenges of breast cancer in Egypt and other Arab countries. *J Egypt Natl Cancer Inis* 2008 Dec;20(4):309-12.
10. Miranda PY, Tarraf W, Gonzalez HM. Breast cancer screening and ethnicity in the United States: implications for health disparities research. *Breast Cancer Res Treat* 2011 Jul;128(2):535-42.
11. Kotranza A, Lind DS, Lok B. Real-time evaluation and visualization of learner performance in a mixed-reality environment for clinical breast examination. *IEEE Trans Vis Comput Graph* 2012 Jul;18(7):1101-14.

12. Bryan T, Snyder E. The clinical breast exam: a skill that should not be abandoned. *J Gen Intern Med* 2013 May;28(5):719-22.
13. Steiner E, Austin DF, Prouser NC. Detection and description of small breast masses by residents trained using a standardized clinical breast exam curriculum. *J Gen Intern Med* 2008 Feb;23(2):129-34. Epub 2007/12/07.
14. Lindberg NM, Stevens VJ, Smith KS, Glasgow RE, Toobert DJ. A brief intervention designed to increase breast cancer self-screening. *Am J Health Promot* 2009 May-Jun;23(5):320-3.

Archive of SID

