

تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی باورهای بهداشتی بر میزان آگاهی و مشارکت افراد در معرض خطر متوسط ابتلاء به سرطان کولورکتال

دکتر مرضیه معطری^{۱*}، مهین روزیطلب^۱، دکتر مهدی صابرفیروزی^۱، دکتر نجف زارع^۱، سکینه غلامزاده^۱

^۱ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

چکیده

سابقه و هدف: ارائه‌کنندگان مراقبت می‌توانند نقش مهمی در آموزش و ایجاد رفتارهای بهداشتی در مورد عوامل خطر، غربالگری و کشف زودرس سرطان دارند. در این مطالعه تأثیر آموزش کارمندان در معرض خطر متوسط ابتلاء به سرطان کولورکتال رسته اداری مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز بر میزان آگاهی و مشارکت آنان در برنامه‌های غربالگری بررسی شد.

روش بررسی: در این تحقیق تجربی، در مرحله اول، ابتدا افراد واجد شرایط انتخاب و سپس به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد (هر گروه ۷۸ نفر) تقسیم شدند. اطلاعات جمعیت شناختی، میزان آگاهی، وضعیت تمایل و موانع موجود برای شرکت در برنامه غربالگری سرطان کولورکتال با دو پرسش‌نامه مجزا بررسی شد. همچنین از آنها دعوت شد تا جهت انجام آزمایش خون مخفی در مدفوع به محل تعیین شده مراجعه کنند. در مرحله دوم، برنامه مداخله برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و ضمن ارائه یک دفترچه آموزشی، طی ۲ تا ۳ جلسه حضوری آموزش‌های لازم در مورد سرطان کولورکتال و برنامه‌های غربالگری آن داده شد. در مرحله سوم، میزان آگاهی افراد مورد پژوهش در مورد سرطان با پرسش‌نامه و میزان مشارکت آنان برای آزمایش خون مخفی در مدفوع مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: اکثر افراد شرکت‌کننده نسبت به انجام آزمایش‌های غربالگری سرطان کولورکتال علاقمند نبودند. بیشترین مانع ذکر شده برای آزمایش خون مخفی و کولونوسکوپی به ترتیب کمبود وقت و احساس سالم بودن (فقدان علائم بیماری) بود. میزان آگاهی گروه آزمایش از $1/2 \pm 4/7$ در قبل از مداخله به $11/2 \pm 1/9$ در بعد از مداخله رسید ($P < 0/001$). این میزان در گروه شاهد در قبل و بعد مداخله به ترتیب $1/7 \pm 3/9$ و $2/6 \pm 3/8$ بود ($P < 0/001$). میزان مشارکت افراد گروه تجربی چند برابر گروه شاهد بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: آموزش و تشویق کارکنان به مشارکت در برنامه‌های غربالگری همراه با تمهیداتی جهت رفع موانع درک شده توسط آنان موجب افزایش سطح دانش و مشارکت کارکنان شد.

واژگان کلیدی: سرطان کولورکتال، برنامه‌های غربالگری، میزان آگاهی، میزان مشارکت.

مقدمه

نشان می‌دهد که در حدود ۱۱ درصد مرگ ناشی از سرطان‌ها در ایالات متحده آمریکا بدلیل سرطان کولورکتال بوده است (۲). مطالعات فدراسیون گاستروانترولوژی اروپا، این سرطان را بعنوان شایع‌ترین سرطان در سال ۲۰۰۰ میلادی با ابتلای ۳۰۴۶۸۷ نفر معرفی کرد (۳). میزان بروز این بیماری در مناطق مختلف جهان متفاوت است، بطوری که شیوع این سرطان در کشورهای پیشرفته مانند ایالات متحده، اروپای

سرطان کولورکتال از جمله سرطان‌های شایع در جهان است و در ایالات متحده آمریکا به عنوان دومین سرطان شایع بعد از سرطان ریه شناخته شده است (۱). آمار مربوط به سال ۲۰۰۱

* آدرس نویسنده مسئول: شیراز، فلکه نمازی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری و مامایی،

دکتر مرضیه معطری (e-mail: moattarm@sums.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۹/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۸/۲۱

با توجه به این که هیچ‌گونه برنامه آموزشی ویژه‌ای برای افراد در معرض خطر ابتلا به سرطان کولورکتال وجود ندارد، در این پژوهش تاثیر آموزش کارکنان اداری مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز که در سنین ۴۰ سال و بالاتر قرار داشتند بر آگاهی و مشارکت آنان در برنامه‌های غربالگری سرطان کولورکتال مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روشها

در این مطالعه شبه‌تجربی تاثیر آموزش به عنوان متغیر مستقل بر میزان آگاهی و مشارکت افراد در معرض خطر متوسط ابتلا به سرطان کولورکتال در آزمایشات غربالگری سرطان کولورکتال به عنوان متغیرهای وابسته بررسی شد. جامعه پژوهش شامل کلیه کارمندان اداری با سن ۴۰ سال و بالاتر بود که در زمان مطالعه در واحدهای تابع دانشگاه علوم پزشکی شیراز در رسته کادر اداری مشغول به کار بودند و بجز عامل سن، هیچ عامل خطر دیگری از قبیل موارد زیر نداشتند: ۱- مجموع عوامل خطر مربوط به شیوه زندگی شامل مصرف رژیم غذایی پرچربی، پرپروتئین و کم‌فیبر، فقدان تحرک و ورزش، استعمال سیگار و الکل.

۲- سابقه بیماری مزمن التهابی روده (کولیت زخمی و بیماری کرون) و سرطان‌های دیگر.
۳- سابقه مثبت سرطان یا پولیپ روده‌ای در خود و یا اقوام درجه یک.

افراد از طریق نمونه‌گیری تصادفی - خوشه‌ای متناسب با حجم جمعیت در دو گروه آزمایش و شاهد انتخاب شدند. بر اساس خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰ درصد و با توجه به مطالعه انجام شده (۱۳) که نسبت افراد شرکت کننده در آزمایشات خون مخفی در مدفوع و سیگموئیدوسکوپی را ۴۰ درصد بیان کرده بود و حداقل اختلافات معنی‌دار ۲۰ درصد، حجم نمونه هر گروه ۷۸ نفر برآورد گردید. نحوه نمونه‌گیری بدین صورت بود که ابتدا از بین واحدهای دانشگاه، ۵ واحد شامل معاونت دانشجویی، دانشکده بهداشت، بیمارستان نمازی، معاونت آموزشی و دانشکده پرستاری بطور تصادفی انتخاب شدند. سپس بر اساس فهرست واجدین شرایط شاغل در این واحدها نمونه‌ها بطور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند.

جهت جمع آوری اطلاعات از سه پرسش‌نامه استفاده شد. پرسش‌نامه اول شامل ۸ سؤال درباره سابقه وجود عوامل خطرزا برای سرطان کولورکتال بود که بر اساس منابع موجود

غربی، استرالیا و نیوزیلند نسبت به کشورهای آمریکای جنوبی، آفریقا و آسیا بیشتر است (۴).

در ایران نیز سرطان‌ها به عنوان سومین علت مرگ و میر محسوب می‌شوند (۵). سرطان کولورکتال در ایران و استان فارس بسیار شایع است، بطوری که سرطان کولورکتال در استان فارس در طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۱ روند افزایشی از ۱۰۸ مورد به ۱۳۸ مورد داشته است (۶).

با توجه به آمار تکان دهنده شیوع و مرگ و میر ناشی از سرطان کولورکتال، پیشگیری از این سرطان از اهمیت زیادی برخوردار است. اگرچه هیچ‌گونه پیشگیری اولیه برای این سرطان وجود ندارد، اما با پیشگیری ثانویه که در حقیقت تشخیص زود هنگام این سرطان است، می‌توان نسبت به درمان سریع و پیشگیری از گسترش آن اقدامات لازم را انجام داد (۷). بیان شده که هرگاه برای پیشگیری از بیماری، پیشگیری اولیه ممکن نباشد پیشگیری ثانویه در اولویت قرار می‌گیرد (۸). پیشگیری ثانویه، مربوط به مرحله پیش از استقرار علائم بالینی است و عبارت است از کشف به موقع و درمان زودرس بیماری‌ها قبل از بروز علائم بالینی واضح و بدان غربالگری گفته می‌شود (۹).

علی‌رغم تاثیر برنامه‌های غربالگری در تشخیص مراحل اولیه و قابل درمان سرطان، متأسفانه شمار زیادی از افراد در معرض خطر، در برنامه‌های غربالگری شرکت نمی‌کنند. غربالگری‌های رایگان و ارزان و اطلاعات بهداشتی برای کمک به تشخیص زودرس بیماری‌ها و آموزش عموم مردم در مورد نحوه زندگی سالم و پیشگیری از بیماری‌ها در اکثر نواحی در دسترس هستند. با این حال این پرسش مطرح است که چرا اکثر افراد از مزایای چنین خدماتی استفاده نکرده و یا روش زندگی‌شان را تغییر نمی‌دهند (۱۰).

طبق مطالعه‌ای گسترده در آمریکا در سال ۱۹۹۹ مشخص شد که پائین بودن میزان دانش و آگاهی مردم در مورد سرطان کولورکتال و برنامه‌های غربالگری آن باعث کاهش میزان مشارکت افراد در برنامه‌های غربالگری سرطان کولورکتال شد. در این مطالعه، اجرای برنامه‌های آموزشی برای مردم و پزشکان موجب شد تا میزان مشارکت افراد در معرض خطر متوسط برای انجام آزمایش سیگموئیدوسکوپی تا ۴۲ درصد افزایش یابد (۱۱). مسئولیت پزشکان و پرستاران نیز برای آموزش و تشویق افراد به مشارکت در برنامه‌های غربالگری مورد توجه قرار گرفته و بیان خطرات سرطان برای افراد و خانواده‌ها در برنامه آموزشی و مشاوره مورد تایید قرار گرفت (۱۲).

جواب آزمایش برای بررسی کولونوسکوپی بود. هم‌چنین یک کارت دعوت حاوی آدرس و شماره تلفن آزمایشگاه بیمارستان مورد نظر به همراه ظروف مخصوص جمع‌آوری نمونه مدفوع در اختیار افراد قرار گرفت و پس از راهنمایی‌های ضروری به آنها یادآوری شد که در صورت مراجعه، این آزمایش به صورت رایگان برای آنها انجام می‌گیرد.

به افراد گروه آزمایش بعد از تکمیل پرسش‌نامه و ارائه راهنمایی‌های ضروری، دفترچه آموزشی داده شد و نسبت به مطالعه دقیق کارت شماره یک و دفترچه آموزشی ترغیب شدند. هم‌چنین از آنها درخواست شد که دفترچه آموزشی را در اختیار سایرین قرار ندهند. دفترچه آموزشی حاوی مطالب و تصاویری در مورد سرطان کولورکتال و برنامه‌های غربالگری آن بود. در پایان جلسه نیز با توافق افراد گروه آزمایش، یک قرار ملاقات به فاصله حداکثر ۱ هفته با آنها گذاشته شد.

در مرحله دوم بر اساس برنامه توافقی به افراد گروه آزمایش مراجعه گردید و طی این جلسه به آنها فرصت داده شد تا هر گونه سؤال در مورد مطالب ارائه شده در دفترچه آموزشی و کارت شماره یک را مطرح کنند. هم‌چنین از تصاویر مختلف برای توضیح مطالب موجود در دفترچه آموزشی استفاده شد و بر اساس اهداف از پیش تعیین شده آموزش چهره به چهره به اجرا درآمده و در پایان جلسه ارزشیابی صورت گرفت. بر اساس این ارزشیابی و در صورت نیاز، جلسات آموزشی ۲-۳ بار ادامه یافت. لازم به ذکر است که از منابع و کتاب‌های مربوط به بیماری‌های دستگاه گوارش نیز در آموزش افراد استفاده شد. هم‌چنین سعی شد که آموزش گروه آزمایش در شرایطی انجام پذیرد که امکان حضور اعضای گروه شاهد فراهم نباشد. علاوه بر این، با توجه به موانع ذکر شده توسط افراد در مورد انجام آزمایش غربالگری و با بهره‌گیری از الگوی باورهای بهداشتی (۱۴) اقداماتی صورت گرفت. الگوی باورهای بهداشتی در تحقیقات بسیاری مورد استفاده قرار گرفته است. به عنوان مثال در یک پژوهش آموزش پیشگیری از استئوپروز در دانش‌آموزان دختر بر مبنای الگوی باورهای بهداشتی صورت گرفت و قابلیت اجرای برنامه آموزش سلامتی بر مبنای این مدل مورد تأیید قرار گرفت (۱۵). در پژوهش حاضر نیز اقدامات آموزشی و تمهیدات صورت گرفته بر مبنای این مدل ارائه شد. عناصر این مدل شامل درک مستعد بودن به بیماری (Perceived susceptibility)، درک جدی بودن بیماری (Perceived severity)، راهنمایی برای عمل (Cues to action)، خودکارآمدی (Self efficacy)، درک مزایا

تدوین و درستی و تناسب آن توسط اساتید صاحب‌نظر مورد تأیید قرار گرفت. در صورتی که هر یک از عوامل خطرزای پولیپ و سرطان روده بزرگ و راست روده در افراد شناسایی می‌شد، آنها به عنوان افراد در معرض خطر بالا شناخته شده و وارد پژوهش نمی‌شدند. پرسش‌نامه دوم مربوط به اطلاعات دموگرافیک افراد بود که به منظور کنترل متغیرهای تأثیر گذار شامل سن، جنس، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات بر آموزش تدوین شد. پرسش‌نامه سوم شامل ۱۵ سؤال بود که در سال ۲۰۰۳ میلادی در ۲۱ کشور اروپایی جهت تعیین میزان آگاهی افراد در مورد سرطان کولورکتال و آزمایشات غربالگری مورد استفاده قرار گرفت (۳). سؤالات این پرسش‌نامه در برگزیده ۳ مفهوم یا زیر گروه است. سؤال ۱ تا ۱۳ آگاهی عمومی افراد از سرطان کولورکتال و برنامه‌های غربالگری را مورد سنجش قرار می‌دهد. سؤال ۱۴ تمایل افراد جهت انجام غربالگری سرطان کولورکتال و سؤال ۱۵ که به صورت باز طراحی شده است، موانع موجود جهت انجام غربالگری را مورد پرسش قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه به فارسی ترجمه و مجدداً به انگلیسی برگردانده شد تا از صحت ترجمه آن اطمینان حاصل شود. سپس جهت تعیین روایی در اختیار ۸ نفر از اساتید و صاحب‌نظران مربوطه قرار گرفت و بر اساس پیشنهادات و نظرات، اصلاحات لازم در آن انجام گرفت. هم‌چنین پایایی آن با روش دو نیمه کردن آزمون در حد قابل قبول یعنی ۶۲ درصد بدست آمد.

به منظور گردآوری داده‌ها ابتدا معرفی‌نامه‌ای جهت حضور در مراکز اداری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز اخذ و در ساعات اداری به انجام پژوهش اقدام شد. ابتداء اهداف پژوهش توضیح و رضایت شفاهی افراد مذکور برای شرکت در پژوهش جلب شد. افراد به طور تصادفی در یکی از گروه‌های شاهد و آزمایش قرار گرفته و تکمیل پرسش‌نامه‌ها از طریق مصاحبه صورت گرفت. جهت پیشگیری از هر گونه اشتباه احتمالی و به لحاظ مسائل اخلاقی پرسش‌نامه‌ها کدگذاری شدند، بدین صورت که به هر شخص یک شماره رمز اختصاص یافت. مدت زمان پیشنهادی برای تکمیل پرسش‌نامه با توجه به مطالعه راهنما ۱۰ دقیقه تعیین شد. پژوهشگر و کمک پژوهشگران در همین مرحله بعد از تکمیل پرسش‌نامه، کارت شماره ۱ را در اختیار افراد قرار دادند. این کارت حاوی اطلاعاتی در زمینه آزمایش خون مخفی در مدفوع، محدودیت مواد غذایی و دارویی قبل از آزمایش، چگونگی و زمان جمع‌آوری نمونه مدفوع و تحویل به آزمایشگاه و هم‌چنین پیگیری جواب آزمایش توسط پژوهشگر و ارجاع افراد در صورت مثبت شدن

انجام می‌گیرد، تاکید شد (آمادگی برای عمل (Cues to action).

در زمینه فقدان علائم بالینی، افراد از این نکته که فقدان علائم به معنای سالم بودن فرد نیست و ارزش برنامه‌های غربالگری در پیدا کردن پولیپ و ضایعات سرطانی و پیش‌سرطانی در افراد فاقد علائم بالینی و به ظاهر سالم می‌باشد، آگاه شدند (Perceived susceptibility). مطالعات نشان داده‌اند ذکر عوامل خطرزا مخصوصا تاکید روی رابطه وقوع سرطان با افزایش سن، ارزش استرس‌زا در برانگیختن انگیزه فرد دارد.

در مورد جالب نبودن آزمایشات، به افراد در مورد افزایش خطر ابتلا در سنین ۴۰ سال و بالاتر (درک مستعد بودن به سرطان کولورکتال، Perceived susceptibility) و نیز در مورد میزان شیوع و مرگ و میر ناشی از سرطان کولورکتال در ایران و استان فارس و همچنین آمار مرگ و میر ناشی از عدم تشخیص این سرطان در مراحل اولیه و عوارض و عواقب تشخیص دیررس در مراحل پیشرفته (Perceived severity) آگاهی داده شد. به افراد پیشنهاد شد به بخش جراحی عمومی بیمارستان نمازی مراجعه کرده و از نزدیک بیمارانی که به دلیل سرطان کولورکتال عمل جراحی انجام داده‌اند و از کیسه کولوستومی استفاده می‌کنند را ملاقات کنند (درک جدی بودن بیماری، Perceived severity) و اهمیت پذیرش آزمایشات، علی‌رغم جالب نبودن آنها).

در زمینه فقدان تاریخچه مثبت خانوادگی سرطان کولورکتال، به افراد در مورد اهمیت وجود ژن نهفته (Perceived susceptibility) در آنها آگاهی داده شد و توضیح داده شد که عدم تاریخچه مثبت تضمین کافی را برای عدم ابتلاء به بیماری فراهم نمی‌کند.

در مورد کمبود وقت، به افراد پیشنهاد شد که در صورت تمایل می‌توانند با پژوهشگر یا کمک پژوهشگران تماس تلفنی برقرار کنند تا آنها اقدامات لازم را جهت تحویل نمونه مدفوع به آزمایشگاه انجام دهند (Perceived barrier). با توجه به متفاوت بودن عادات دفع روده‌ای امکان مراجعه به افراد جهت جمع‌آوری نمونه‌های مدفوع وجود نداشت.

در تمامی مراحل تحقیق در صورت مراجعه هر یک از افراد گروههای آزمایش و شاهد به آزمایشگاه، آزمایش خون مخفی در مدفوع برای آنها انجام گرفت. این آزمایش در آزمایشگاه یکی از بیمارستان‌های شیراز به صورت رایگان و تحت یک روش خاص و توسط دو نفر کارشناس انجام گرفت تا از هرگونه خطای آزمایشگاهی پیش‌گیری شود. سپس نتیجه آزمایشات پی‌گیری شده و طی تماس تلفنی به اطلاع افراد

(Perceived benefit) و درک موانع (Perceived barrier) در برنامه آموزشی به شرح زیر مورد توجه قرار گرفت.

در مورد عدم آگاهی نسبت به برنامه‌های غربالگری، آموزش چهره به چهره در مورد سرطان کولورکتال و برنامه‌های غربالگری آن به منظور ایجاد آگاهی و کسب آمادگی برای عمل (Cues to action) صورت گرفت.

در مورد عدم توصیه و تجویز برنامه‌های غربالگری توسط پزشک و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، توصیه و آموزش چهره به چهره افراد در مورد ضروری بودن آزمایشات غربالگری، مراجعه به افراد جهت پیگیری انجام آزمایشات، فراهم کردن امکانات مورد نیاز (ظروف آزمایشگاهی، داروهای مورد نیاز)، تشویق و ترغیب افراد با فرستادن کارت‌های یادآوری، اطمینان به افراد جهت رایگان بودن آزمایشات و دریافت مراقبت و حمایت‌های مورد نیاز به منظور حذف موانع (Perceived barrier) و تشویق و کمک و راهنمایی برای انجام غربالگری (Cues to action) انجام گرفت.

در مورد شرم و احساس خجالت، آموزش در مورد اهمیت و مزایای غربالگری، تاکید روی مزایای تشخیص سریع‌تر سرطان کولورکتال و درمان موفقیت‌آمیزتر، افزایش آگاهی در مورد پولیپ‌ها به عنوان سلول‌های خوش‌خیمی که دارای رشد آهسته و کندی بوده و استعداد تبدیل به بدخیمی را دارند و اهمیت انجام آزمایشات غربالگری در شناسایی و برداشتن آنها قبل از تبدیل شدن به سرطان صورت گرفت (Perceived benefit). هم‌چنین تاکید شد که افراد در صورت تمایل می‌توانند نمونه مدفوع را در محیط خانه یا آزمایشگاه جمع‌آوری کنند، توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگران هم‌جنس آنها جهت اجتناب از شرم و خجالت مراجعه می‌کنند، بررسی کولونوسکوپی توسط پزشک هم‌جنس آنها انجام می‌گیرد و در طی بررسی حریم خصوصی آنها حفظ خواهد شد. این تدابیر به منظور حذف موانع (Perceived barrier) و ایجاد توانمندی (خودکارآمدی، Self efficacy) برای انجام غربالگری به اجرا در آمد.

در مورد ترس از خطرات و دردآور بودن هر آزمایش، ابهامات و نکات مجهول با آگاه کردن افراد از نوع، روش و مکان انجام آزمایشات رفع شد. به منظور حذف موانع (Perceived barrier) و ایجاد آمادگی (Cues to action) به افراد خطرات و عوارض احتمالی (جدی بودن بیماری، Perceived severity) و نحوه مراقبت‌های پزشکی و پرستاری آموزش داده شد و هم‌چنین روی ایمنی آزمایشات و اینکه بررسی کولونوسکوپی فقط در صورت مثبت شدن آزمایش خون مخفی در مدفوع

(۵+۰-۶) می‌شد. وضعیت تمایل فرد در ۴ طبقه خیلی علاقمند، نسبتاً علاقمند، خیلی علاقمند نیستم و اصلاً علاقمند نیستم مورد بررسی قرار گرفت. در رتبه‌گذاری میزان مشارکت، به افرادی که یک‌بار، دو بار و سه بار آزمایش خون مخفی در مدفوع را انجام می‌دادند به ترتیب نمره یک، دو و سه و به افرادی که اصلاً شرکت نمی‌کردند نمره صفر تعلق می‌گرفت. مجموع نمرات حاصل از نحوه مشارکت افراد در آزمایشات غربالگری خون مخفی در مدفوع به عنوان ملاک مشارکت آنها در نظر گرفته شد. با توجه به نتایج آزمایشات خون مخفی در مدفوع، نیازی به انجام بررسی کولونوسکوپی نبود، لذا مشارکت در این بخش از برنامه غربالگری عملاً لازم نشد.

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی شامل فراوانی نسبی و مطلق، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تعیین تغییرات قبل و بعد گروه‌ها از آزمون t زوجی و برای تفاوت بین گروه‌ها از آزمون‌های من ویتنی - U ، t مستقل و مجذور کای استفاده شد.

یافته‌ها

۱۵۶ نفر (۷۸ نفر در گروه آزمایش و ۷۸ نفر در گروه شاهد) با میانگین سنی ۴۷ سال (محدوده ۵۶-۴۰ سال) مورد بررسی قرار گرفتند. ۷۰ درصد مرد، ۸۸/۵ درصد متاهل و ۲۸/۲ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

در بررسی وضعیت تمایل افراد برای شرکت در برنامه غربالگری سرطان کولورکتال، ۳۴ درصد گزینه "خیلی علاقمند نیستم"، ۲۸/۹ درصد گزینه "نسبتاً علاقمندم" و ۲۵ درصد گزینه "اصلاً علاقمند نیستم" را انتخاب کردند. تنها ۱۲/۲ درصد افراد برای شرکت در این برنامه‌ها خیلی علاقمند بودند.

۵۷/۸ درصد مردان و ۶۱/۷ درصد زنان از نظر وضعیت تمایل در گروه عدم علاقمندی (خیلی علاقمند نیستم، اصلاً علاقمند نیستم) قرار گرفتند و بین مردان و زنان از نظر وضعیت تمایل تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت (NS).

موانع موجود جهت مشارکت در برنامه‌های غربالگری (آزمایش خون مخفی در مدفوع) از دیدگاه افراد به ترتیب شامل کمبود وقت (۵۷/۶ درصد)، احساس سالم بودن و فقدان علائم بیماری (۴۵/۶ درصد)، عدم تجویز و توصیه پزشک (۳۵/۸ درصد)، جالب نبودن آزمایش خون مخفی در مدفوع (۱۳ درصد)، عدم

رسانده شد. همچنین در صورت درخواست افراد، نتیجه به صورت کتبی در فرم مخصوص جواب آزمایش در اختیار افراد گروه آزمایش و شاهد قرار داده شد. در صورت عدم مراجعه هر یک از افراد هر دو گروه برای انجام مرحله اول، دوم یا سوم آزمایش خون مخفی در مدفوع برای آنها یک کارت دعوت مجدد جهت یادآوری فرستاده شد. این کارت در گروه آزمایش توسط یکی از پژوهشگران در اختیار افراد قرار گرفت و در صورت نیاز آموزش‌های لازم دوباره به آنها داده شد. در گروه شاهد جهت کنترل تاثیر عوامل مداخله‌گر بر افراد، کارت دعوت توسط نامه‌بر فرستاده شد.

در صورت مثبت شدن نتیجه آزمایش خون مخفی در مدفوع، به افراد مورد نظر هر دو گروه مراجعه و کارت شماره ۲ در اختیار آنان قرار می‌گرفت. این کارت حاوی اطلاعاتی در مورد زمان و چگونگی انجام کولونوسکوپی، آماده‌سازی روده، مراقبت‌های قبل، بعد و در حین انجام کولونوسکوپی و انجام نمونه‌برداری در حین انجام آزمایش در صورت تشخیص پولیپ، سرطان یا ضایعات پیش‌سرطانی بود. هم‌چنین یک کارت دعوت حاوی آدرس و شماره تلفن و مکان انجام کولونوسکوپی (بخش آندوسکوپی یکی از بیمارستان‌های شیراز) به افراد داده می‌شد و به آنها جهت رایگان بودن کولونوسکوپی و دریافت حمایت و مراقبت‌های لازم اطمینان داده می‌شد. از طرفی، برای گروه آزمایش در مورد کولونوسکوپی آموزش چهره به چهره به اجرا درآمد.

۳ ماه بعد از انجام پیش‌آزمون مجدداً به افراد گروه آزمایش و شاهد مراجعه و از طریق مصاحبه حضوری پرسش‌نامه سوم تکمیل شد. در این مرحله ۱۳ سؤال از کل سؤال‌ها که مربوط به آگاهی افراد در مورد سرطان کولورکتال و آزمایشات غربالگری بود، به صورت پس‌آزمون مورد پرسش قرار گرفت. پس از جمع‌آوری اطلاعات پس‌آزمون، به منظور رعایت مسائل اخلاقی دفترچه آموزشی در اختیار گروه شاهد نیز قرار داده شد.

اطلاعات با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای تعیین میزان آگاهی افراد، پاسخگویی افراد به ۱۳ سؤال پرسش‌نامه ملاک قرار گرفت. در این پرسش‌نامه به جواب صحیح نمره +۱، به جواب غلط نمره -۱ و به جواب نمی‌دانم نمره صفر تعلق گرفت. نمره آگاهی تک افراد نیز با احتساب نمره منفی (جواب غلط) محاسبه گردید. بعنوان مثال اگر فردی به ۶ سؤال از ۱۳ سؤال مربوط به آگاهی پاسخ صحیح و به ۵ سؤال پاسخ غلط می‌داد و برای ۲ سؤال گزینه نمی‌دانم را انتخاب می‌کرد، نمره وی یک

درصد نسبتاً علاقه‌مند بودند. به علاوه ۱۷ درصد خیلی علاقه‌مند نبودند و ۸ درصد هیچ علاقه‌ای نداشتند. مقایسه این نتایج با یافته‌های ما نشان می‌دهد که میزان علاقه‌مندی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش نسبت به کشورهای اروپایی بسیار پائین‌تر می‌باشد (۳).

ابراز عدم علاقه‌مندی به شرکت در برنامه‌های غربالگری (خیلی علاقه‌مند نیستیم، اصلاً علاقه‌مند نیستیم) توسط درصد قابل توجهی از زنان و مردان و عدم تفاوت وضعیت تمایل مردان و زنان در این پژوهش مطابقتی با مطالعات انجام شده در اروپا و آمریکا ندارد. بطوری که در کشورهای اروپایی، عدم علاقه‌مندی در مردان بیش از زنان بود (۱۶). هم‌چنین در پژوهشی که با هدف بررسی عوامل همراه با بروز رفتار غربالگری در آمریکا انجام گرفت، نشان داد که نوع جنسیت در میزان تمایل و علاقه‌مندی بیشتر و افزایش بروز رفتار غربالگری تأثیر دارد، بطوری که مردان تمایل و علاقه‌مندی بیشتری نشان می‌دادند و رفتار غربالگری در آنها نمود بیشتری داشت (۱۶).

در این مطالعه، بیشترین مانع ذکر شده جهت مشارکت افراد در برنامه غربالگری آزمایش خون مخفی، کمبود وقت (مشغله کاری) و احساس سالم بودن (فقدان علائم بالینی) بود که با نتایج پژوهش فدراسیون گاستروانترولوژی اروپا در سال ۲۰۰۳ متفاوت است. به‌طوری که در آن پژوهش جالب نبودن و غیرمطلوب بودن به عنوان شایع‌ترین مانع (۴۱ درصد) شناخته شد و عدم توصیه و تجویز پزشک (۳۵ درصد) در رتبه دوم موانع انجام آزمایش خون مخفی در مدفوع قرار گرفت (۳).

احساس سالم بودن (فقدان علائم بالینی) و عدم تجویز و توصیه پزشک به‌ترتیب شایع‌ترین مانع جهت مشارکت افراد در برنامه غربالگری توسط کولونوسکوپی ذکر شدند. در پژوهشی که با هدف بررسی درک آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار از موانع و مزایای غربالگری سرطان کولورکتال انجام شد، شایع‌ترین موانع برای آزمایش خون مخفی در مدفوع به ترتیب فقدان تاریخچه مثبت خانوادگی، عدم تجویز و توصیه پزشک و فقدان علائم بالینی و برای بررسی کولونوسکوپی به ترتیب عدم تجویز و توصیه پزشک و فقدان علائم بالینی معرفی شد (۱۷).

در مطالعه ما، در هر یک از هر دو گروه آزمایش و شاهد بین نمرات آگاهی قبل و بعد مداخله افزایشی مشاهده شد که تنها در گروه آزمایش این تفاوت معنی‌دار بود. افزایش میزان آگاهی گروه شاهد ممکن است به دلیل تعامل آنها با یکدیگر و یک سری عوامل ناشناخته مانند آموزش‌های خاص از طریق رادیو، تلویزیون و رسانه‌های گروهی باشد. علاوه بر این، در مرحله

آگاهی نسبت به آزمایشات (۷/۶ درصد) و موارد متفرقه دیگر (۵/۴ درصد) بود.

موانع موجود جهت مشارکت افراد در برنامه غربالگری توسط کولونوسکوپی به ترتیب شامل احساس سالم بودن و فقدان علائم بالینی (۶۱/۱ درصد)، عدم تجویز و توصیه پزشک (۵۱ درصد)، شرم و خجالت (۳۴/۷ درصد)، عدم آگاهی (۱۹/۵ درصد)، جالب نبودن کولونوسکوپی (۱۵/۲ درصد)، خطرات (۹/۷ درصد)، ترس از درد (۸/۶ درصد) و دلایل دیگر (۵/۴ درصد) بود.

میزان آگاهی دو گروه در ابتدای مطالعه مشابه بود (NS). میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی قبل از مداخله در گروه آزمایش $1/2 \pm 4/7$ بود که بعد از مداخله به $11/2 \pm 1/9$ رسید و اختلاف معنی‌داری بین آنها وجود داشت ($P < 0/001$). این میزان در گروه شاهد در قبل و بعد مداخله به ترتیب $1/7 \pm 3/9$ و $2/6 \pm 3/8$ بود که اختلاف معنی‌داری را نشان نداد (NS). میانگین تغییرات نمرات آگاهی قبل و بعد از مداخله دو گروه با آزمون t مستقل مورد تحلیل قرار گرفت و تغییر نمرات گروه آزمایش حدود ۴ برابر بیشتر از تغییر نمرات گروه شاهد بود ($p < 0/001$).

میزان مشارکت کل افراد دو گروه جهت شرکت در آزمایش خون مخفی در مدفوع به میزان ۴۸/۷ درصد در نوبت اول، ۴۴/۲ درصد در نوبت دوم و ۳۶/۵ درصد در نوبت سوم بود. میزان مراجعه (مشارکت) افراد برای آزمایش خون مخفی در مدفوع در گروه آزمایش در نوبت‌های اول، دوم و سوم به ترتیب ۶۴ (۸۳/۱ درصد)، ۶۳ (۸۰/۸ درصد) و ۵۴ (۶۹/۲ درصد) نفر بود. این میزان در گروه شاهد به ترتیب ۱۱ (۱۴/۱ درصد)، ۶ (۷/۷ درصد) و ۳ (۳/۸ درصد) نفر بود. آزمون من ویتنی-U نشان داد که تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه آزمایش و شاهد در زمینه مشارکت برای آزمایش خون مخفی در مدفوع وجود دارد ($P < 0/001$).

بحث

در مطالعه ما، یافته‌های مربوط به میزان علاقه‌مندی به انجام آزمایشات غربالگری بسیار قابل توجه بود، زیرا تنها ۱۲/۲ درصد افراد نسبت به شرکت در برنامه‌های غربالگری (آزمایش خون مخفی در مدفوع و کولونوسکوپی) خیلی علاقه‌مند بودند. پژوهش‌های کشورهای اروپایی یافته‌های متفاوتی را نشان داده است. در مطالعه‌ای که توسط فدراسیون گاستروانترولوژی اروپا انجام شد، حدود ۵۰ درصد افراد خیلی علاقه‌مند و ۲۵

افراد علی‌رغم کمبود وقت (مشغله کاری) که به عنوان شایع‌ترین مانع جهت آزمایش خون مخفی در مدفوع ذکر کرده بودند، در این برنامه شرکت کنند. به طوری که در گروه آزمایش از مجموع ۴۴ نفری (۵۶/۴ درصد) که عدم علاقه‌مندی خود (خیلی علاقه‌مند نیستیم، اصلاً علاقه‌مند نیستیم) را اظهار کرده بودند، ۳۱ نفر (۷۰/۵ درصد) در نوبت اول و ۳۰ نفر (۶۸/۲ درصد) در نوبت دوم و ۲۸ نفر (۶۳/۶ درصد) در نوبت سوم آزمایش خون مخفی در مدفوع شرکت کردند.

توام بودن دانش و آگاهی بالا با افزایش رفتار غربالگری که در پژوهش دیگری نیز تایید شده است (۱۶)، با نتایج این پژوهش همسو می‌باشد. زیرا در این پژوهش، افزایش آگاهی افراد گروه آزمایش که تحت تأثیر آموزش قرار گرفتند، افزایش مشارکت آنها را در پی داشت.

نتایج این پژوهش کاربرد وسیعی در حیطه فعالیت‌های ارائه‌کنندگان خدمات مراقبتی شامل پزشک، پرستار و مراقبین بهداشت دارد. با بهره‌گیری از نتایج این پژوهش و تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب در سطح جامعه می‌توان مشارکت افراد جامعه را در برنامه‌های غربالگری سرطان کولورکتال افزایش داد. یافته‌های این پژوهش مدیران مراکز خدمات بهداشتی درمانی و موسسات آموزشی را برای ارتقاء وضعیت سلامت جامعه برمی‌انگیزد تا نسبت به فرهنگ‌سازی در زمینه لزوم انجام غربالگری اقدام مناسب را انجام دهند.

اول بررسی آگاهی افراد از سرطان کولورکتال و برنامه‌های غربالگری آن، یک کارت که حاوی اطلاعات مختصری در مورد آزمایش خون مخفی در مدفوع و کولونوسکوپی بود در اختیار افراد قرار داده شد و سپس وضعیت تمایل و علاقه‌مندی آنها بررسی شد. لذا این مسئله ممکن است به عنوان عامل افزایش آگاهی گروه شاهد محسوب شود. بنابراین با توجه به مجموع یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که برنامه آموزشی ارائه شده توانسته است در افزایش قابل ملاحظه سطح آگاهی افراد مؤثر باشد.

یافته‌های مربوط به میزان مشارکت افراد نشان داد که ۴۸/۷ درصد در نوبت اول آزمایش خون مخفی در مدفوع، ۴۴/۲ درصد در نوبت دوم و ۳۶/۵ درصد در نوبت سوم مشارکت داشتند. این میزان در گروه آزمایش به ترتیب ۸۳/۱ درصد در نوبت اول، ۸۰/۸ درصد در نوبت دوم و ۶۹/۲ درصد در نوبت سوم و در گروه شاهد نیز ۱۴/۱ درصد در نوبت اول، ۷/۷ درصد در نوبت دوم و ۳/۸ درصد در نوبت سوم آزمایش خون مخفی در مدفوع بود. این یافته نشان دهنده تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی باورهای بهداشتی بر میزان مشارکت افراد گروه آزمایش در برنامه‌های غربالگری می‌باشد و لزوم انجام آموزش را جهت افزایش میزان مشارکت افراد در برنامه‌های غربالگری روشن می‌سازد. آگاه کردن افراد گروه آزمایش در مورد مفهوم غربالگری به عنوان روشی مفید جهت تشخیص سریع و درمان بهتر و جلوگیری از میزان مرگ و میر توام با انجام یکسری تمهیدات جهت کاهش صرف وقت باعث شد که

REFERENCES

۱. فاوسی آ س، برونوالد اس، کاسپر دی ال، هاوسر اس ال، نویسندگان. اصول طب داخلی هاریسون. خلوت ع، منتظری س م، مترجمین. ویرایش پانزدهم. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۸۰.
2. James AS, Campbell MK, Hudson MA. Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002;11:529-34.
3. United European Gastroenterology Federation (UEGF). Public Awareness of Colorectal Cancer in Europe. A Summary Report Prepared For the UEGF Public Affairs Committee By IPSOS Research. 2003.
۴. گلدمن ای، کلود بنت جی، نویسندگان. مبانی طب داخلی سسیل. استادان دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی، مترجمین. ویرایش پنجم. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۸۰.
۵. علی زاده م. بررسی روند نسبت‌های تطبیق شده سنی سرطانها در مرکز ثبت سرطان استان فارس [آپایان نامه]. شیراز: دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده بهداشت؛ ۱۳۷۹.
۶. مرکز ثبت سرطان استان فارس. گزارش موارد ثبت شده سرطانها. شیراز: دانشگاه علوم پزشکی شیراز؛ ۱۳۸۱.
۷. فییس و ج، سندز ج ک، مارک ج ف. بیماریهای دستگاه گوارش. فییس و ج، سندز ج ک، مارک ج ف، نویسندگان. پرستاری داخلی-جراحی. نام آور ح، مقدم ل، مترجمین. ویرایش ششم. تهران: انتشارات چهر؛ ۱۳۷۹.
۸. مازنر ج، کرامر ش، نویسندگان. درآمدی بر اپیدمیولوژی. جانفریبانی محسن، مترجم. چاپ دوم. کرمان: انتشارات فرهنگی کرمان؛ ۱۳۷۵.
۹. میر حسینی غ ر. اصول اپیدمیولوژی و مبارزه با بیماریها. چاپ اول. مشهد: انتشارات خراسان؛ ۱۳۷۰.

۱۰. تیلور ک. اصول و مفاهیم پرستاری. افتخاری منش ا، مترجم. تهران: نشرو تبلیغ بشری، تحفه؛ ۱۳۸۲.
11. McNally PR. Public and physician education improves participation in colorectal cancer screening. *Am J Gastroenterol* 2000;95:509-12.
۱۲. اسملتر ب، سوزان سی، نویسندگان. پرستاری داخلی-جراحی برونر و سودارث. عالیخانی م، سالمی ص، مترجمین. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۷۹. صفحات ۱۸۶-۱۸۴.
۱۳. میراحمدی زاده ع. بررسی میزان تقاضای انجام آزمایشات و معاینات غربالگری توسط مردان کارمند ادارات دولتی شهر شیراز [پایان نامه]. شیراز: دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده بهداشت؛ ۱۳۸۱.
14. Eleantor R. Motivation, compliance, and health behaviors of the learner. In: Bastable SB. editor. *Nurses as educator: principles of teaching and learning*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 1997. p.132-34.
15. 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;20(1):23.
16. Slattery ML, Kinney AY, Levin TR. Factors associated with colorectal cancer screening in a population-based study: the impact of gender, health care source, and time. *Prev Med* 2004;38:276-83.
17. Katz ML, James A, Campbell MK, Hudson M, Jackson E, Oates V. (2002). Patient – provider communication and colorectal cancer knowledge: associations with screening behavior among African Americans. *The 130th Annual Meeting of APHA; 2002 Nov 9-13; Philadelphia, PA; USA.*