

تاثیر باورهای بهداشتی بر مشارکت کارمندان اداری دانشگاه علوم پزشکی

شیراز در برنامه های غربالگری سرطان کولورکتال - سال ۱۳۸۳

مهین روزی طلب^{*}، دکتر مرضیه معطری^{**}، سکینه غلامزاده^{***}، دکتر مهدی صابری فیروزی^{****}، دکتر نجف زارع^{*****}

^{*} مربی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پرستاری مامایی

^{**} استادیار، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری و مامایی

^{***} مربی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری و مامایی

^{****} استاد، مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و پیوند کبد، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

^{*****} استادیار، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده بهداشت

چکیده

زمینه و هدف

موفقیت برنامه های غربالگری به باورهای بهداشتی افراد نسبت به اهمیت و ضرورت این برنامه ها بستگی دارد. این پژوهش به منظور بررسی تاثیر باورهای بهداشتی بر میزان مشارکت افراد در معرض خطر متوسط (سن ۴۰ سال و بالاتر) در کارمندان اداری دانشگاه علوم پزشکی شیراز در برنامه غربالگری خون مخفی در مدفوع به اجرا درآمد.

روش بررسی

در این مطالعه نیمه تجربی، ۱۵۶ نمونه در دو گروه آزمون و شاهد به صورت نمونه گیری تصادفی - خوشه ای متناسب با حجم جمعیت انتخاب شد و میزان آگاهی، وضعیت تمایل و موانع موجود برای شرکت در برنامه های غربالگری در هر دو گروه بررسی گردید. سپس برنامه مداخله بر اساس تئوری باورهای بهداشتی برای گروه آزمون اجرا گردید. در صورت مراجعه واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه، ۳ نوبت آزمایش خون مخفی در مدفوع به صورت تصادفی انجام گرفته است، نتایج به افراد گزارش و سطح آگاهی افراد ۳ ماه بعد مجدداً به وسیله یک پرسشنامه بررسی شد. در پایان نیز میزان آگاهی و مشارکت افراد هر دو گروه در مرحله قبل و بعد از مداخله مقایسه گردید.

یافته ها

در هر دو گروه تنها ۱۹ نفر (۱۲/۱۸٪) جهت مشارکت در برنامه های غربالگری خیلی علاقه مند بودند. کمبود وقت در ۵۳ نفر (۵۷/۶٪) و فقدان آگاهی در ۴۹ نفر (۵۳/۲٪) شایعترین مانع شرکت برای انجام غربالگری بوده است. در هر دو گروه، ۸ نفر (۵/۲٪) از آگاهی زیاد برخوردار بودند. میانگین آگاهی افراد گروه آزمون از ۱/۱۹۲ در مرحله قبل از مداخله به ۱۱/۱۶۶ در مرحله بعد از مداخلات رسید. میزان مشارکت گروه آزمون در انجام آزمایش خون مخفی در مدفوع در هر ۳ نوبت، ۵۴ نفر (۶۹/۲٪) و در گروه کنترل ۳ نفر (۳/۸٪) بود.

نتیجه گیری

به کارگیری مدل باورهای بهداشتی می تواند به طور قابل توجهی سطح آگاهی و مشارکت افراد را در برنامه های غربالگری افزایش دهد.
کلیدواژه: سرطان کولورکتال، تئوری باورهای بهداشتی، غربالگری

گوارش / دوره ۱۳، بهار ۱۳۸۷، ۱۹-۲۴

نویسنده مسئول: یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن و نمابر: ۰۷۴۱-۲۲۲۳۲۰۷

آدرس الکترونیکی: roozitm@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۷/۲/۱۰ تاریخ اصلاح نهایی: ۸۷/۳/۱۱

تاریخ پذیرش: ۸۷/۳/۱۲

زمینه و هدف

سالانه ۱۴۸۶۱۰ مورد جدید ابتلا به سرطان کولورکتال (colorectal cancer- CRC) در ایالات متحده امریکا گزارش می شود. (۱)، در ایران هر سال، این سرطان بروزی حدود ۶ تا ۷/۹ در ۱۰۰۰۰۰ دارد که چهارمین سرطان شایع در ایران محسوب می شود. (۲)، در استان فارس در سال ۱۳۸۱ درصد نسبی این سرطان

تحقیق در شهر شیراز کرد تا تاثیر باورهای بهداشتی بر مشارکت افراد Average Risk (سن ۴۰ سال و بالاتر) در برنامه غربالگری FOBT را بررسی کند.

روش بررسی

این تحقیق یک مطالعه شبه تجربی است. واحدهای مورد پژوهش: افراد باریک متوسط (Average Risk) با سن ۴۰ سال و بالاتر بودند که به جز عامل سن، دیگر عوامل خطر ساز ابتلاء به CRC را نداشتند و در زمان انجام پژوهش (۱۳۸۳) در مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در رشته اداری مشغول به کار بودند. البته در بین این افراد کسی از کادر بهداشتی، درمانی و خدمات نبود. نمونه پژوهش از طریق نمونه گیری تصادفی متناسب با حجم جمعیتها در دو گروه آزمون و شاهد تعیین شده است. بدین منظور از بین ۱۴ مرکز درمانی آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در ۵ منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز، به صورت تصادفی ساده ۷ مرکز انتخاب شد. سپس از این مراکز، متناسب با حجم جمعیت، نمونه ها انتخاب و در هر مرکز به طور تصادفی در دو گروه شاهد و آزمون قرار داده شد. به منظور تعیین حجم نمونه در این پژوهش، خطای نوع اول ۵٪، توان آزمون ۸۰٪، $p = ۰.۰۵$ و حداقل اختلاف معنی دار ۲۰ درصد در نظر گرفته شد حجم نمونه نیز در هر گروه ۷۸ نفر (مجموعاً ۱۵۶ نفر) برآورد شد. در این پژوهش به منظور اطمینان از معادل بودن گروهها، میانگین آگاهی افراد در ۲ گروه آزمون و شاهد با هم مقایسه گردید. آزمون تی مستقل تفاوت معنی دار آماری بین نمرات آگاهی افراد قبل از مداخلات نشان نداده است. ($p = ۰.۹۱۸$) آزمون آماری کای دو نیز تفاوت معنی دار آماری بین وضعیت تمایل افراد هر دو گروه جهت شرکت در برنامه غربالگری نشان نداده است. ($p = ۰.۸۲۲$)، آزمون آماری کای دو، در بین دو گروه شاهد و آزمون از نظر کلیه متغیرها شامل سن ($X^2 = ۰.۹۲$)، جنس ($X^2 = ۰.۷۵$)، وضعیت تاهل ($X^2 = ۰.۲۶۷$) و سطح تحصیلات ($X^2 = ۰.۱۰$)، تفاوت معنی دار آماری نشان نداد.

ابزار گردآوری دادهها، پرسشنامه ۳ قسمتی بود. جهت روایی سنجی پرسشنامه، از ۱۵ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز نظر خواهی شد و اعتماد علمی آن نیز با انجام مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط در بیمارستان نمازی شیراز سنجش شد که با روش دو نیمه سازی الفای کرونباخ ۰.۶۲ محاسبه شد. پس از انتخاب نمونه ها و کسب اجازه از واحدهای مورد پژوهش، ابتدا افراد در معرض خطر بالا با استفاده از قسمت اول پرسشنامه (۹ سوال)، شناخته شده و از مطالعه حذف شدند. اطلاعات دموگرافیک شخص با استفاده از قسمت دوم پرسشنامه و میزان آگاهی، وضعیت تمایل و موانع موجود جهت مشارکت افراد در برنامه غربالگری FOBT با پرسشنامه سوم مورد بررسی قرار گرفت. در پایان مرحله

نسبت به تمام سرطانها ۳/۵ و میزان بروز آن در کل استان ۱/۸ در هزار نفر گزارش شده که از نظر بروز مقام ششم را در بین انواع سرطانها به خود اختصاص داده است. (۳)، بروز CRC از سن ۴۰ سالگی افزایش می یابد و در سن ۶۰ تا ۷۰ سالگی به اوج خود می رسد. (۴)، خصوصیات اپیدمیولوژیک CRC همانند بروز و توزیع سنی آن در مناطق مختلف جهان بسیار متفاوت است به طور مثال بروز سنی آن در ایران پایین تر از کشورهای غربی است. بر اساس مطالعه دکتر انصاری و همچنین مطالعه مرکز ثبت سرطان استان فارس، سن بروز این سرطان، ۴۰ سال و حتی کمتر از ۴۰ سال است. (۳ و ۵)، برنامه های غربالگری می تواند این سرطان را در مراحل اولیه و قابل درمان شناسایی کرده، شانس بقای ۵ ساله فرد را به حدود ۹۰٪ برساند. (۶)، برنامه های غربالگری برای تشخیص پولیپها و سرطانهای CRC با انجام بررسی سالیانه آزمایش خون مخفی در مدفوع (Fecal Occult Blood-FOBT) و پروکتوسیگموئیدوسکوپی دوره ای (۳ هر ۵ سال) که در سن ۴۰ تا ۵۰ سالگی شروع می شود، قابل انجام است. (۷)، بروز این سرطان در سن پایین در کشور ایران، هشدار برای گروه بهداشتی - درمانی کشور است تا برنامه غربالگری را در سنین پایین تر آغاز کنند.

با این حال بیشتر افراد در معرض خطر، غربالگری را انجام نمی دهند. مطالعات مختلفی در سراسر جهان نشان داده اند که افراد تمایل اندکی جهت مشارکت در برنامه های غربالگری CRC دارند این بی رغبتی به دلیل موانع مختلفی است. پژوهش کاتز* و همکاران در کارولینای شمالی (۲۰۰۰) نشان داد که پایین بودن میزان آگاهی و ارتباط نامطلوب مراقبین بهداشتی با افراد، مانع مشارکت آنها در برنامه های غربالگری بوده است. (۸)، مطالعه کول** و همکاران در امریکا (۱۹۹۹) نشان داد که آگاهی و دانش کم افراد به عنوان یک مانع مشارکت افراد در برنامه های غربالگری بوده است. (۹)، طبق مطالعه همتی و همکاران در شهر شیراز (۱۳۸۰) میانگین تقاضای مردان بالای ۲۰ سال برای غربالگری CRC با آزمایش خون مخفی در مدفوع (FOBT) ۴۴/۶٪ و سیگموئیدوسکوپی ۲٪ بوده است. (۱۰)، مطالعه دیگری توسط میراحمدی زاده و همکاران در شهر شیراز (۱۳۸۱) نشان داد که میانگین تقاضای زنان کارمند بالای ۲۰ سال برای غربالگری CRC با FOBT، ۳۹/۱٪ و سیگموئیدوسکوپی ۱۴/۳٪ بوده است. (۱۱)، تایلور*** معتقد است که دلیل عدم مشارکت افراد در غربالگری بر اساس الگوی باورهای بهداشتی (Health Belief Model -HBM) که رفتار بهداشتی را شرح می دهد قابل توجیه است. بر اساس این تئوری، عقاید و باورهای بهداشتی افراد نقش مهمی در بروز رفتارهای بهداشتی دارد. زیرا بروز رفتار بهداشتی بسته به ادراک فرد از موارد زیر است:

۱- درک استعداد ابتلاء به بیماری، ۲- درک جدی بودن بیماری، ۳- درک منافع و مزایای اقدامات پیشگیرانه علی رغم موانع متعدد. (۱۲)، از این رو پژوهشگر با اعتقاد به اینکه پرستاران می توانند با کاربرد تئوری باورهای بهداشتی، موانع مشارکت افراد در برنامه های غربالگری را شناسایی کنند و با کنترل یا رفع موانع، رفتار بهداشتی افراد را بهبود بخشند، اقدام به انجام این

* Katz

** Col

*** Taylor

معیار ۳/۷۸۷) رسید. میانگین نمرات آگاهی گروه آزمون در مرحله قبل از مداخلات ۱/۱۹۲ (انحراف معیار ۴/۷۰۱) بود که در مرحله بعد از مداخلات به ۱۱/۱۶۶ (انحراف معیار ۱/۸۸۹) رسید ($p = ۰/۰۰۱$) (جدول شماره ۱)، آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت میانگین نمرات آگاهی در دو مرحله قبل از مداخله و بعد از مداخله در گروه آزمون ۹/۹۷۴۴ (خطای معیار ۳/۹۶۷) و در گروه شاهد ۰/۹۳۵۹ (خطای معیار ۲/۲۸۱) با ارزش تی ۱۷/۴۴۳ بوده است ($p = ۰/۰۰۰۱$) (جدول شماره ۲). هم چنین آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از اجرای برنامه مداخله، میانگین آگاهی افرادی که دارای تحصیلات دانشگاهی هستند ۴/۴۰ و افرادی که تحصیلات غیردانشگاهی دارند ۰/۲۶۷ بوده است. میزان مراجعه افراد گروه شاهد برای انجام FOBT، در نوبت اول ۱۱ نفر (۱۴/۱٪) و در نوبت دوم ۶ نفر (۷/۷٪) و در نوبت سوم ۳ نفر (۳/۸٪) بوده است. میزان مراجعه افراد گروه آزمون برای انجام FOBT، در نوبت اول ۶۴ نفر (۸۳/۱٪) و در نوبت دوم ۶۳ نفر (۸۰/۸٪) و در نوبت سوم ۵۴ نفر (۶۹/۲٪) بوده است. در مجموع میزان مراجعه افراد هر دو گروه برای FOBT در نوبت اول ۷۵ نفر (۴۸/۷٪)، در نوبت دوم ۶۹ نفر (۴۴/۲٪) و در نوبت سوم ۵۷ نفر (۳۶/۵٪) بوده است. (جدول شماره ۳)، آزمون آماری کای دو تفاوت معنی دار آماری بین میزان مشارکت افراد ۲ گروه آزمون و شاهد را با توجه به سطح آگاهی آنان نشان داد. ($p = ۰/۰۰۱$) (جدول شماره ۴).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی گروه های مورد پژوهش در مرحله قبل و بعد از مداخله بر اساس آزمون t2

نتایج آزمون آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	قبل	بعد	قبل	بعد
میانگین	۱/۱۹۲	۱۱/۱۶۶	۱/۶۷۹	۲/۶۱۵
انحراف معیار	۴/۷۰۱	۱/۸۸۹	۳/۸۶۹	۳/۷۸۷
ارزش t2		-۲۲/۲۰۴		-۳/۶۲۳
سطح معنی دار		$p = ۰/۰۰۱$		$p = ۰/۰۰۱$

جدول ۲: مقایسه تغییرات میانگین نمرات آگاهی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در گروههای مورد پژوهش بر اساس آزمون تی مستقل

آزمون تی مستقل	گروه آزمایش	گروه کنترل
میانگین قبل از مداخله	۱/۱۹۲	۱/۶۷۹
میانگین ۳ ماه بعد از مداخله	۱۱/۱۶۶	۲/۶۱۵
تفاوت میانگین ها	۹/۹۷۴۴	۰/۹۳۵۹
خطای معیار تفاوتها	۳/۹۶۷	۲/۲۸۱
ارزش تی		۱۷/۴۴۳
سطح معنی داری		۰/۰۰۰۱

اول پس از راهنمایی های اولیه، از افراد هر دو گروه جهت انجام FOBT دعوت به عمل آمد. در مرحله دوم با توجه به موانع ذکر شده توسط واحدهای مورد پژوهش، برنامه مداخله بر اساس تئوری باورهای بهداشتی برای گروه آزمون اجرا شد. در این مرحله کارت دعوت جهت مراجعه به آزمایشگاه به همراه کارت دستورالعمل انجام FOBT، ظروف مخصوص جمع آوری نمونه مدفوع و فرم درخواست آزمایش به صورت رایگان در اختیار افراد قرار گرفت. علاوه بر این یک دفترچه آموزشی در اختیار افراد قرار گرفت و در طی ۲ تا ۳ جلسه آموزش چهره به چهره توسط پژوهشگران همجنس ارائه گردید. همچنین با رعایت ملاحظات اخلاقی امکان ملاقات با بیماران مبتلا به CRC در بخشهای شیمی درمانی، رادیوتراپی و جراحی بیمارستان نمازی فراهم شد.

در صورت مراجعه هر یک از افراد هر دو گروه به آزمایشگاه، ۳ نمونه مدفوع طی ۳ روز متوالی یا متناوب با روش تست بنزیدین مورد آزمایش قرار گرفت و گزارش نتایج به صورت کتبی در اختیار افراد قرار داده شد. در صورت عدم مراجعه هر یک از افراد گروه آزمون برای انجام نوبت اول، دوم یا سوم این آزمایش، برای آنها یک کارت دعوت مجدد جهت یادآوری ارسال و در صورت نیاز آموزش چهره به چهره تکرار شد. در مرحله سوم، ۳ ماه پس از انجام پیش آزمون دوباره میزان آگاهی افراد و میزان مشارکت آنها در انجام FOBT مورد بررسی قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل نتایج از نرم افزار SPSS و روشهای آمار توصیفی، آزمون تی، آزمون من-ویتنی و کای دو استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش، میانگین سنی نمونه های مورد پژوهش ۴۷/۰۲ و دامنه سنی از ۴۰ تا ۵۶ سال بود. اکثریت افراد ۱۰۹ نفر (۶۹/۹٪) مرد، ۱۳۸ نفر (۸۸/۵٪) متاهل و ۱۱۲ نفر (۷۱/۸٪) تحصیلات غیردانشگاهی داشتند. جهت شرکت در آزمایش های غربالگری، ۱۹ نفر (۱۲/۱۸٪) خیلی علاقه مند بودند. ۹۸ نفر (۶۲/۸۲٪) نسبتاً علاقه مند و ۳۹ نفر (۲۵٪) اصلاً علاقه مند نبودند. کمبود وقت و مشغله کاری در ۵۳ نفر (۵۷/۶٪)، فقدان آگاهی ۴۹ نفر (۵۲/۲٪)، عدم تجویز و توصیه پزشک در ۳۳ نفر (۳۵/۸٪)، نامطلوب بودن FOBT در ۱۲ نفر (۱۳٪) و شرم و خجالت در ۳۲ نفر (۳۴/۷٪)، از موانع ذکر شده برای انجام FOBT بوده است. لازم به یادآوری است که هر یک از افراد ممکن است که بیش از یک مورد را به عنوان مانع ذکر کرده باشند. لذا تعداد موارد موانع ذکر شده با تعداد افراد مورد پژوهش برابر نیست.

یافته ها نشان داد که ۱۱۸ نفر (۷۵/۶٪) در هر دو گروه در مرحله قبل از آموزش و مداخلات دارای آگاهی کم (نمره کمتر از ۴)، ۳۰ نفر (۱۹/۲٪) دارای آگاهی متوسط (نمره بین ۵-۹) و ۸ نفر (۵/۲٪) دارای آگاهی زیاد (نمره بین ۱۰-۱۳) بوده اند.

میانگین نمرات آگاهی گروه شاهد در مرحله قبل از مداخلات ۱/۶۷۹ (انحراف معیار ۳/۸۶۹) بود که در مرحله بعد از مداخلات به ۲/۶۱۵ (انحراف

جدول ۳: میزان مراجعه افراد برای آزمایش خون مخفی در مدفوع (نوبتهای اول، دوم، سوم) در گروههای مورد پژوهش

میزان مراجعه	نوبت اول		نوبت دوم		نوبت سوم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آزمایش	۶۴	۸۳/۱	۶۳	۸۰/۸	۵۴	۶۹/۲
کنترل	۱۱	۱۴/۱	۶	۷/۷	۳	۳/۸
جمع	۷۵	۴۸/۷	۶۹	۴۴/۲	۵۷	۳۶/۵

جدول ۴: توزیع واحدها در دو گروه مورد پژوهش از نظر سطح مشارکت در آزمایش خون مخفی در مدفوع با توجه به سطح آگاهی آنها

سطح آگاهی	آگاهی زیاد		آگاهی متوسط		آگاهی کم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
گروه آزمایش	۷	۱۰۰	۹	۱۰۰	۴۸	۷۹
گروه کنترل	۱	۱۰۰	۸	۳۸	۲	۳/۵

احتمال بیمار بودن را برای خود منظور نمی کردند و به دلیل درک نادرست از مفهوم غربالگری به عنوان روشی جهت تشخیص بیماری در افراد به ظاهر سالم و فاقد علائم بالینی، اظهار می کردند که نیازی به انجام آزمایش های غربالگری ندارند. به طور کلی فقدان آگاهی در موارد زیر بود: ۱- فقدان آگاهی نسبت به مفهوم غربالگری ۲- فقدان آگاهی نسبت به سرطان کولورکتال و عوامل خطرزای آن از جمله سن ۳- فقدان آگاهی نسبت به نوع آزمایش، چگونگی انجام آن، خطرات و عوارض همراه. مطالعه کلین **** و همکاران، پایین بودن آگاهی افراد را به عنوان اولین و شایعترین مانع مشارکت در برنامه های غربالگری ذکر کرده است. (۱۷)

علاوه بر این عدم تجویز و توصیه پزشک به انجام FOBT، نامطلوب بودن FOBT و احساس شرم و خجالت از دیگر موانع ذکر شده برای انجام FOBT بوده است. نتیجه مطالعه جانانان **** بر روی ۲۰۲ بیمار با سن بالاتر از ۴۰ سال نشان داد که شرم و خجالت مخصوصا در زنان مانعی قابل توجه جهت انجام FOBT است. (۱۸)، مطالعه وی مک کارتی **** (۲۰۰۴) و هانون **** و همکاران (۲۰۰۵)، فقدان آگاهی، عدم تجویز و توصیه پزشک به انجام غربالگری، احساس نامطلوب بودن FOBT و مشغله کاری زیاد و کمبود وقت را به عنوان موانع شایع ذکر کرده است. (۱۹ و ۲۰)

یافته ها حاکی از آن بود که میزان آگاهی افراد بسیار پایین بوده است. زیرا تنها ۸ نفر (۵/۲٪) دارای آگاهی در حد بالا بودند. این در حالی است که نتیجه مطالعات در ۲۱ کشور اروپایی میزان آگاهی افراد را در حدود ۱۳٪ نشان داده است. (۱۴)، این موضوع اهمیت آموزش های عمومی را از طریق رسانه های گروهی به خوبی نشان می دهد. در پژوهش ما تفاوت معنی دار آماری بین نمرات آگاهی گروه آزمون در مرحله قبل و بعد از مداخله وجود دارد. به طوری که بعد از انجام مداخلات آگاهی افراد افزایش یافته است. همچنین دو گروه از نظرمیانگین تفاوت های نمرات آگاهی قبل و بعد با هم تفاوت داشته اند. بدین ترتیب که تغییر نمرات گروه آزمون بیشتر از تغییر نمرات گروه شاهد بوده است. این یافته تاثیر مثبت مداخلات و آموزش ما را بر میزان آگاهی افراد نشان داده است. تیلور و همکارانش اهمیت برنامه های آموزشی برای بیماران و پزشکان را به منظور پیشگیری و کشف CRC یادآوری کرده اند. به عقیده آنها پزشکان باید آموزشهایی را در مورد برنامه های غربالگری و لزوم تشویق و ترغیب مردم برای مشارکت در برنامه های غربالگری دریافت کنند. (۱۲)

آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از اجرای برنامه مداخله، میانگین آگاهی افرادی که دارای تحصیلات دانشگاهی هستند (۴/۴۰) با میانگین آگاهی افرادی که تحصیلات غیردانشگاهی دارند (۰/۲۶۷) تفاوت داشته است و این تفاوت در سطح (p=۰/۰۰۱) معنی دار می باشد. نتایج پژوهش ما با مطالعه

*Ling Jonathan *****
 ** Jagot Wee *****
 *** Walsh Hannon *****
 **** Klabunde

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که تنها ۱۹ نفر (۱۲/۱۸٪) به شرکت در برنامه غربالگری FOBT خیلی علاقه مند هستند. مطالعه لینگ* و همکاران در ویتنام (۲۰۰۱) با نتیجه مطالعه ما همسواست، زیرا تنها ۴۱ نفر (۱۳/۷٪) از ۳۰۰ نمونه مورد پژوهش جهت انجام غربالگری خیلی علاقه مند بودند. (۱۳)، نتایج پژوهش فدراسیون گاستروانترولوژی اروپا در ۲۱ کشور اروپایی (۲۰۰۴) یافته های متفاوتی را نشان داده است، به طوری که حدود ۵۰٪ افراد خیلی علاقه مند و ۲۵٪ نسبتا علاقه مند بودند. (۱۴)، مقایسه این نتایج نشان می دهد که میزان علاقه مندی افراد در پژوهش ما کمتر از کشورهای اروپایی می باشد. این عدم تمایل به دلیل موانع مختلفی بوده است. بیشترین مانع ذکر شده جهت انجام FOBT، کمبود وقت و مشغله کاری در ۵۳ نفر (۵۷/۶٪) بوده است. پژوهشگر معتقد است که سطح اقتصادی و درآمد پایین ممکن است به طور غیرمستقیم بر شناسایی کمبود وقت به عنوان شایعترین مانع تاثیر گذاشته باشد. زیرا افراد با سطح اقتصادی پایین تر مجبور به اشتغال در چند موقعیت مختلف هستند. به طوری که در این پژوهش اغلب افراد ذکر کردند که به دلیل شرایط مالی و هزینه های سنگین زندگی خود، مجبور به کار در کل ساعات روز هستند. مطالعه جاگوت** (۲۰۰۴) و والش*** (۲۰۰۲) نداشتن وقت کافی و مشغله زیاد را در بین افراد با سطح اقتصادی پایین به عنوان مانع شایع، انجام غربالگری گزارش کرده است که با نتایج پژوهش ما همخوانی دارد. (۱۶ و ۱۵)، دومین مانع شایع فقدان آگاهی ۴۹ نفر (۵۳/۲٪) بوده است. در پژوهش ما افراد به دلیل عدم ظهور علائم بالینی واضح و آشکار، هیچ گونه

آموزش بر میزان مشارکت افراد را تأیید می‌کند. نتیجه یک تحقیق در آمریکا (۱۹۹۹) نشان داد که پائین بودن میزان دانش و آگاهی در مورد CRC و برنامه‌های غربالگری آن باعث کاهش میزان مشارکت افراد در معرض خطر متوسط در برنامه‌های غربالگری شده است و اجرای برنامه‌های آموزشی برای مردم و پزشکان موجب شد تا میزان مشارکت افراد تا ۴۲٪ افزایش یابد. (۹)

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که میزان آگاهی واحدهای مورد پژوهش در مورد CRC و برنامه‌های غربالگری آن بسیار پایین بود و بیشتر افراد تمایلی به شرکت در برنامه غربالگری CRC نداشتند. این عدم تمایل و علاقه نیز به دلیل موانع متعددی بود که پس از انجام مداخلات و برداشتن موانع ذکر شده بر اساس تئوری باورهای بهداشتی، نتایج، ارتقاء میزان مشارکت افراد گروه آزمون در انجام FOBT را نسبت به گروه شاهد نشان داد. لذا پژوهشگران معتقدند با توجه به شیوع فزاینده CRC و نظر به اهمیت و ارزش برنامه‌های غربالگری در تشخیص سریع، به موقع و درمان زودرس این سرطان، لزوم تدوین و ارائه برنامه‌های آموزشی جهت افزایش آگاهی و مشارکت افراد در برنامه‌های غربالگری و انجام اقداماتی جهت کنترل یا رفع موانع موجود قابل توصیه است.

تقدیر و تشکر: از مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و پیوند کبد استان فارس که هزینه انجام این طرح را تقبل کردند و نهایت همکاری را در طی انجام این پژوهش داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

* Dolan
** Tessaro

*** Beeker
**** James

دولان* (۲۰۰۳) که سواد و تحصیلات بالا را با آگاهی بیشتر نسبت به برنامه‌های غربالگری نشان داده است، همسواست. (۲۱)، ما معتقدیم که سواد و تحصیلات بالا منجر به دریافت اطلاعات بیشتر از منابع عمومی و تخصصی شده و بدین ترتیب آگاهی افراد افزایش می‌یابد.

در پژوهش ما میزان مشارکت افراد گروه شاهد که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده بودند برای انجام FOBT بسیار پایین بوده است (۱/۱۴٪). این نسبت در مطالعه تسارو** و همکارانش ۲۶٪ و طبق مطالعه بیکر*** در غرب و برجینا ۱۹/۹٪ بوده است. (۲۲ و ۲۳)، آزمون من ویتنی تفاوت معنی دار آماری بین میزان مشارکت افراد دو گروه آزمون و شاهد نشان داده است (p = ۰/۰۰۱). بدین معنی که میزان مشارکت افراد گروه آزمون بیشتر از گروه شاهد بوده است که این یافته در جهت تأیید تأثیر به کارگیری تئوری باورهای بهداشتی بر مشارکت افراد در برنامه‌های غربالگری سرطان کولورکتال بوده است. نتایج به دست آمده در پژوهش مرکز سرطان شناسی لینبرگر در کارولینای شمالی (۲۰۰۲) نیز با نتایج ما در این پژوهش مشابه بود. این پژوهش توسط جیمز*** و همکارانش با هدف بررسی تأثیر کاربرد تئوری باورهای بهداشتی بر میزان غربالگری CRC در بین آمریکایی‌های آفریقایی تبار انجام گرفت. در این پژوهش بعد از انجام مداخلات (آموزش، تشویق، ترغیب افراد و رفع موانع موجود)، میزان مشارکت افراد در برنامه‌های غربالگری به طور چشمگیری افزایش داشت. (۲۴)

هم‌چنین یافته‌های پژوهش ما نشان داد که درصد بیشتری از افرادی که در گروه آگاهی زیاد و متوسط قرار دارند نسبت به افرادی که در گروه آگاهی کم قرار گرفته‌اند در این آزمون شرکت کرده‌اند (p = ۰/۰۰۱). این نتیجه تأثیر

References

- Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Smigal C, et al. cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2006; 56: 106-30.
- Sadjadi A, Malekzadeh R, Derakshan MH, Sepehr A, Nourai M, Sotodeh M, et al. Cancer occurrence in Ardabil: result of population – based cancer registry from Iran. *Int J Cancer* 2003; 107:113-8.
- مرکز ثبت سرطان استان فارس، بیمارستان نمازی. گزارش استانی ثبت موارد سرطانی. دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۸۳.
- حبیبی نیا اباذر. ترجمه تشخیص و درمان بیماریهای دستگاه گوارش. چاپ شانزدهم. تهران: انتشارات چهر؛ ۱۳۷۳.
- Ansari R, Mahdavinia M, Sadjadi A, Nourai M, Kamangar F, Bishehshari F, et al. Incidence and age distribution of colorectal cancer in iran: result of population– based cancer registry. *Cancer Letters* 2006; 240: 143-7
- Harison TR. Principles of Internal Medicine: Disorders of the Gastrointestinal System. 15th ed. USA: International Edition; 2001.
- بشیریان منوچهر، قطبی روشنک. ترجمه مبانی طب سبسیل بیماریهای دستگاه گوارش کبد و سیستم صفراوی. چاپ دوم. تهران: انتشارات سماط؛ ۱۳۷۷.
- Katz M, Aimee J, Marci K, Campbell M, Hudson M. Patient-provider communication & colorectal cancer knowledge: associations with screening behavior among african americans. *AM J Gastroentrol* 2001; 87: 441-7.
- Col P, Nally MC. Public & physician education improves participation in colorectal cancer screening. *J Gen Intern Med* 1999; 20: 132-8.
- همتی عبدالرسول. بررسی میزان تقاضای انجام آزمایشات و معاینات غربالگری توسط مردان کارمند ادارات دولتی شهر شیراز. [dissertation]. شیراز: دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده بهداشت؛ ۱۳۸۱.
- میراحمدی زاده، عبدالرضا. بررسی میزان تقاضای انجام آزمایشات و معاینات غربالگری توسط زنان کارمند ادارات دولتی شهر شیراز. [dissertation]. شیراز: دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده بهداشت؛ ۱۳۸۱.
- افتخاری منش افسانه. ترجمه اصول و مفاهیم پرستاری. چاپ دوم. تهران: نشر و تبلیغ بشری. ۱۳۸۲
- Ling BS, Moskowitz MA, Wachs D, Pearson B, Schroy PC. Attitudes toward colorectal cancer screening tests. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 822-30.
- Jemal A, Murray T, Samuels A, Ghafoor A, Ward E, Thun MJ. Public Awareness of Colorectal Cancer in Europe. A Summary Report Prepared for the UEGF Public Affairs. *CA Cancer J Clin* 2003; 53: 5–26.
- Jagot C. The importance of improving awareness of colorectal cancer. *Nurs Times* 2004; 100: 30-1.
- Walsh JM, Posner SF, Perez EJ. Colon cancer screening in the ambulatory setting. *Prev Med* 2002; 35: 209-18.
- Klabunde CN, Vernon SW, Nadel MR, Breen N, Seeff LC, Brown ML. Barriers to colorectal cancer screening: a comparison of reports from primary care physicians and average-risk adults. *Med Care* 2005; 43: 939-44.
- Jonathan P. Embarrassment is a major barrier to colon cancer prevention, especially among women. *Gastroenterology* 2006; 130: 1364-5.
- Wee CC, McCarthy EP, Phillips RS. Factors associated with colon cancer screening: the role of patient factors and physician counseling. *Prev Med* 2005; 41: 23-9.
- Hannon P, Harris JR, Martin D, VanEenwyk J, Bowen D. colorectal cancer screening in Washington state: predictors of current screening and explanations for no screening. *Prev Chronic Dis* 2005; 12: 1006-13.
- Dolan N. Queri National Meeting CRC. Literacy & Colorectal Cancer knowledge, attitude & beliefs in a VA population. *J General Intern Med* 2003; 20: 15–84.
- Tessaro I, Carol M, Irfan P, Vivek P. Knowledge, Barriers, and Predictors of Colorectal Cancer Screening in an Appalachian Church Population Iran. *prev Chronic Dis* 2006; 3: 123-8.
- Beeker C, Kraft JM, Southwell BG, Jorgensen CM. Colorectal cancer screening in older men and women: qualitative research findings and implications for intervention. *J Community Health* 2000; 25: 263–78.
- 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.