

بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد افراد بالاتر از ۵۰ سال نسبت به غربالگری سرطان کولورکتال، براساس مدل باورهای بهداشتی

علیرضا شعوری بیدگلی^۱، زهرا طاهری خرامه^{۱*}، حمید آسایش^۱، فاطمه شریفی فرد^۲، مریم شیدائیان آرانی^۳، عطیه حاج علی گل^۳،
مریم زینل سلمی^۳، سمیه میرزایی^۳، طاهره رمضانی^۴

چکیده

زمینه و هدف: سرطان کولورکتال یک مشکل سلامت جهانی است. اکثر بیماران با تشخیص زودهنگام و برنامه غربالگری قابل درمان هستند. این مطالعه با هدف تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد افراد بالاتر از ۵۰ سال نسبت به غربالگری سرطان کولورکتال براساس مدل باورهای بهداشتی در شهر قم انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی روی ۲۰۰ نفر از افراد بالای ۵۰ سال، مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان های آموزشی شهر قم در سال ۱۳۹۱ انجام شد. روش نمونه گیری به صورت در دسترس و ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه باورهای بهداشتی سرطان کولورکتال چمپیون (CHBMS) و مشخصات دموگرافیک بود. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های آماری تی مستقل و کای دو تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سنی افراد ۶۲/۴۷±۱۰/۷۸ سال و ۷۵/۵٪ آنها زن بودند. درصد بالایی (۹۳/۵٪) از شرکت کنندگان هیچ اطلاعی درباره غربالگری سرطان کولون نداشتند و تنها ۲/۵٪ در برنامه غربالگری شرکت کردند. از نظر درک حساسیت پذیری، افراد در سطح پایینی قرار داشتند و در بُعد فواید درک شده، دارای بیشترین درک مثبت بودند. افرادی که در برنامه غربالگری شرکت داشتند، به طور معنی داری در ابعاد فواید درک شده و خودکارآمدی، نمره بالاتری کسب کردند ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، میزان آگاهی و انجام رفتارهای غربالگری سرطان کولون در افراد بالای ۵۰ سال در کشور پایین بوده است. اکثر شرکت کنندگان، حساسیت نسبت به سرطان کولورکتال را درک نکرده و بیش از نیمی از افراد موانع زیادی را درک کرده بودند. با توجه به باورهای بهداشتی توصیف شده، انجام مداخلات و برنامه های آموزشی در این راستا ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: سرطان کولورکتال - تشخیص؛ تشخیص؛ نگرش به بهداشت؛ غربالگری.

^۱مربی پرستاری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳دانشجوی کارشناس هوشبری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۴دانشجوی کارشناس بهداشت عمومی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

زهرا طاهری خرامه، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

ztaheri@muq.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۳/۴/۱۴

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Shouri Bidgoli AR, Taheri Kharam Z, Asayesh H, Sharififard F, Sheydaiyan Arani M, Hajaligol A, Zeinal Salmi M, Mirzaee S, Ramezani T. Study of knowledge, attitude, and practice on colorectal cancer screening among individuals older than 50 years based on health belief model. Qom Univ Med Sci J 2015;9(1):59-65. [Full Text in Persian]

مقدمه

سرطان کولورکتال (Colorectal Cancer)، یک مشکل مهم بهداشتی و چهارمین سرطان شایع در جهان است (۱). در ایالت متحده، سرطان کولورکتال به عنوان سومین سرطان شایع و دومین علت مرگ شناخته شده است که حدود ۱۱٪ کل سرطان‌های دیگر را تشکیل می‌دهد (۲). براساس مطالعه‌ای در ایران، بروز استاندارد شده سنی این سرطان، ۳۸ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر در سال ۲۰۰۹-۲۰۰۵ گزارش شده است. با توجه به آمار تکان‌دهنده شیوع و مرگ و میر ناشی از سرطان کولورکتال، پیشگیری از این سرطان از اهمیت زیادی برخوردار است. از آنجا که تشخیص زودهنگام این سرطان می‌تواند با درمان بهتری همراه باشد و در نتیجه خطر مرگ را نیز کاهش دهد، لذا انجام آزمون‌های غربالگری برای تشخیص سریع، اقدامی حیاتی است (۳). شواهد قابل‌ملاحظه‌ای وجود دارد مبنی بر اینکه غربالگری افراد در معرض خطر متوسط بدون علامت، می‌تواند این سرطان‌ها را در مراحل اولیه و قابل درمان کشف و در نتیجه موجب کاهش مرگ و میر گردد. با وجود تأثیر برنامه‌های غربالگری در تشخیص مراحل اولیه و قابل درمان سرطان، متأسفانه شمار زیادی از افراد در معرض خطر، در برنامه‌های غربالگری شرکت نمی‌کنند (۴،۳). Taylor معتقد است دلیل عدم مشارکت افراد در غربالگری، براساس الگوی باورهای بهداشتی (Health Belief Model) که رفتار بهداشتی را شرح می‌دهد قابل‌توجه است (۵). براساس این تئوری، عقاید و باورهای بهداشتی افراد، نقش مهمی در بروز رفتارهای بهداشتی دارد. با کاربرد تئوری باورهای بهداشتی می‌توان موانع مشارکت افراد در برنامه‌های غربالگری را شناسایی و با کنترل یا رفع موانع، رفتار بهداشتی افراد را بهبود بخشید (۶). الگوی باورهای بهداشتی، یکی از بهترین مدل‌هایی است که در پیشگیری از بیماری‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مدل بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد تا کنترل آن.

این الگو بر این موضوع تأکید دارد که طبق یک قاعده کلی، مردم زمانی نسبت به پیامدهای بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها عکس‌العمل خوب و مناسبی از خود نشان می‌دهند که احساس کنند در معرض خطر جدی قرار دارند (تهدید درک‌شده) و به دنبال این موضوع، منفعتی را در خصوص تغییر رفتارهای

خویش درک کرده و موانع موجود در جهت این تغییرات را به راحتی مرتفع می‌سازند، در این شرایط است که مداخلات و برنامه‌های آموزشی احتمالاً مؤثر خواهد بود (۷،۸). براساس الگوی اعتقاد بهداشتی، وقتی افراد با عوامل تهدیدکننده سلامت مواجه می‌شوند، حساسیت و شدت آن عوامل تهدیدکننده سلامت را در نظر می‌گیرند. منظور از حساسیت درک‌شده، باور و اعتقاد شخص در مورد احتمال ابتلا به یک بیماری یا مواجهه با یک مشکل است. شدت درک‌شده، پیامدهای ناشی از ابتلا به یک بیماری است که به منزله عواقب ناشی از ابتلا به آن بیماری می‌باشد. منظور از منافع درک‌شده، نتایج مثبت حاصل از اجتناب مواجهه با یک بیماری است نظیر منافع خودآزمایی ماهانه پستان که می‌توان از طریق آن حتی کوچک‌ترین توده مشکوک را تشخیص داد. منظور از موانع درک‌شده، موانع انجام رفتارهای بهداشتی، نظیر وقت‌گیری بودن آن می‌باشد و خودکارآمدی، میزان اعتماد یا اطمینان شخص نسبت به خودش در انجام موفقیت‌آمیز یک عمل، نظیر انجام آزمایش‌های غربالگری است (۹،۱۰). پژوهش‌های مختلفی در سراسر جهان با تکیه بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، سعی بر شناخت بهتر عوامل تأثیرگذار بر انجام آزمایش‌های غربالگری سرطان کولورکتال داشته‌اند. مطالعه انجام‌شده توسط Omran و همکاران با هدف "سنجش آگاهی و باورهای بهداشتی در انجام آزمایش غربالگری سرطان کولورکتال" نشان داد اکثر افراد شرکت‌کننده، فواید غربالگری را درک کرده و انگیزه سلامتی مثبتی را بیان کرده‌اند. همچنین در این مطالعه، میان این سازه‌ها و انجام آزمایش‌های غربالگری، ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۱۱). پژوهش Von و همکاران نیز نشان داد خودکارآمدی درک‌شده بیشتر منجر به مشارکت بیشتر در غربالگری سرطان کولورکتال می‌شود (۱۲). Macrae و همکاران بیان کردند درک و باورهای بهداشتی افراد بر رفتارهای غربالگری سرطان کولورکتال مؤثر است (۱۳).

در ایران، مطالعات بسیار محدودی در زمینه باورهای بهداشتی افراد در معرض خطر در رابطه با غربالگری سرطان کولورکتال انجام شده است. علاوه بر آن، با کاربرد تئوری باورهای بهداشتی می‌توان عوامل مرتبط با مشارکت افراد در برنامه‌های غربالگری را شناسایی و با کنترل یا رفع موانع، رفتار بهداشتی را بهبود بخشید.

پژوهش حاضر با هدف تعیین سازه‌های مدل باورهای بهداشتی در رابطه با غربالگری سرطان کولورکتال در افراد در معرض خطر متوسط شهر قم انجام گرفت.

روش بررسی

مطالعه حاضر به روش توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۹۱ انجام شد. جامعه پژوهش را جمعیت عمومی مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان‌های آموزشی شهر قم (شهید بهشتی، نکویی، کامکار) تشکیل می‌داد. حجم نمونه با فرض فراوانی ۲۲٪ طبق مطالعه Omran (۱۱) و دقت ۵٪ با اطمینان ۹۰٪، ۱۸۲ نفر برآورد شد. در مجموع، ۲۰۰ نفر از افراد بالای ۵۰ سال به روش نمونه‌گیری در دسترس، با توجه به معیارها انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: دارا بودن سن بالای ۵۰ سال، توانایی خواندن یا تکلم به زبان فارسی و عدم ابتلا خود فرد یا بستگان درجه اول به سرطان کولورکتال بود. پس از توضیح اهداف مطالعه و اصطلاحات رایج در این زمینه و اطمینان نسبت به محرمانه بودن اطلاعات، افرادی که تمایل به همکاری داشتند، وارد مطالعه شدند و پرسشنامه به صورت مصاحبه حضوری توسط ۳ نفر از دانشجویان که آموزش لازم را دیده بودند، تکمیل گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌های بررسی باورهای بهداشتی سرطان کولورکتال (Champion's Health Belief Model Scale) و اطلاعات دموگرافیک بود. این پرسشنامه شامل ۳۶ عبارت و ۶ بُعد [حساسیت درک‌شده (۵ سؤال)، شدت درک‌شده (۷ سؤال)، منافع درک‌شده (۶ سؤال)، موانع درک‌شده (۶ سؤال)، انگیزش سلامتی (۷ سؤال)، خودکارآمدی (۵ سؤال)] می‌باشد. عبارات به صورت طیف پنج لیکرتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم و از ۱-۵ نمره‌بندی می‌شوند. در این پرسشنامه امتیازات بالاتر؛ بیانگر حساسیت و شدت درک‌شده بیشتر نسبت به سرطان کولورکتال، درک منافع و موانع بیشتر و خودکارآمدی بالاتر نسبت به انجام آزمایشهای غربالگری سرطان کولورکتال است.

روایی و پایایی نسخه اصلی پرسشنامه (۱۴) با آلفای کرونباخ در محدوده ۰/۶۰-۰/۷۸ تأیید شده است. جهت تهیه نسخه فارسی CHBMS، ترجمه پرسشنامه با استفاده از روش Forward-backward توسط دو مترجم ایرانی مسلط به زبان انگلیسی به‌طور جداگانه انجام شد. برای سنجش روایی پرسشنامه از روش روایی محتوای استفاده شد و از ۱۰ نفر (متخصصان صاحب‌نظر) در این زمینه درخواست گردید تا پس از بررسی پرسشنامه، نظرات خود را به صورت کیفی ارائه دهند. پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ (n=۳۰) مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آمار توصیفی، تی مستقل و کای دو تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین و انحراف معیار سن بیماران، $62/4 \pm 10/7$ سال بود که ۷۵/۵٪ را زنان تشکیل می‌دادند. از لحاظ وضعیت تحصیلی، ۵۶٪ آنها بیسواد، ۲۳/۵٪ دارای تحصیلات ابتدایی، ۵٪ سیکل، ۱۲٪ متوسطه و ۳/۵٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۸۸٪ افراد شرکت‌کننده در مطالعه، ساکن شهر و ۱۲٪ آنها ساکن روستا بودند. ۶۲/۸٪ شرکت‌کنندگان از قوم فارس، ۲۴/۵٪ ترک و ۱۲/۷٪ از دیگر قومها بودند. ۹۶/۵٪ شرکت‌کنندگان، ایرانی و ۳/۵٪، غیرایرانی بودند. در ارتباط با غربالگری سرطان کولون، درصد بالایی (۹۳/۵٪) از شرکت‌کنندگان هیچ اطلاعی درباره غربالگری سرطان کولون نداشتند و تنها ۲/۵٪ آزمایشهای غربالگری را انجام داده بودند. بعد از طبقه‌بندی زیرمقیاس‌ها، نتایج در سه گروه درک مثبت، خنثی و منفی نشان داد ۸٪ شرکت‌کنندگان در بُعد حساسیت‌پذیری درک‌شده، ۶۶٪ در بُعد شدت درک‌شده، ۸۸٪ در بُعد فواید درک‌شده، ۲۵٪ در بُعد موانع درک‌شده، ۶۸/۵٪ در بُعد انگیزه سلامتی و ۷۸٪ در بُعد خودکارآمدی دارای درک مثبت و موافق بوده‌اند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: طبقه‌بندی درک مدل باورهای بهداشتی درباره غربالگری سرطان کولون

درک مثبت	درک خنثی	درک منفی	اجزای اعتقاد بهداشتی
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱۶ (۸)	۶۴ (۳۲)	۱۲۰ (۶۰)	حساسیت پذیری درک شده
۱۲۲ (۶۱)	۱۳ (۶/۵)	۶۵ (۳۲/۵)	شدت درک شده
۱۶۶ (۸۳)	۱۴ (۷)	۲۰ (۱۰)	فواید درک شده
۵۰ (۲۵)	۲۴ (۱۲)	۱۲۶ (۶۳)	موانع درک شده
۱۳۷ (۶۸/۵)	۲۵ (۱۲/۵)	۳۸ (۱۹)	انگیزه سلامتی
۱۵۶ (۷۸)	۱۱ (۵/۵)	۳۲ (۱۶)	خودکارآمدی

در جدول شماره ۲ سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در افرادی که غربالگری سرطان کولون را انجام می‌دادند با افرادی که غربالگری

جدول شماره ۲: اجزای مدل باورهای بهداشتی برحسب عملکرد نمونه‌های مورد پژوهش درباره غربالگری سرطان کولون

اجزای مدل باورهای بهداشتی	انجام غربالگری		pvalue
	بله (n= ۵)	خیر (n= ۱۹۵)	
درک حساسیت	۲/۰۲±۰/۷۰	۲/۴۵±۰/۸۹	۰/۱۲
شدت خطر	۳/۶۱±۰/۶۲	۳/۱۹±۰/۷۵	۰/۰۸
فواید	۴/۲۸±۰/۶۰	۳/۷۶±۰/۶۴	۰/۰۱
موانع	۲/۹۳±۰/۶۹	۳/۳۹±۰/۸۲	۰/۰۸
انگیزه سلامتی	۳/۸۱±۰/۵۴	۳/۴۸±۰/۶۷	۰/۱۲
خودکارآمدی	۳/۸۰±۰/۵۰	۳/۳۰±۰/۵۲	۰/۰۰۵

داده‌ها بر اساس انحراف معیار ± میانگین می‌باشد.

طبق یافته‌ها بین دو گروه؛ در سازه‌های فواید درک شده، خودکارآمدی، تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت. به‌طور مشابه کسانی که قصد انجام برنامه غربالگری در آینده را داشتند، به‌طور معنی‌داری در ابعاد فواید درک شده و انگیزه سلامتی و خودکارآمدی، نمرات بالاتری را کسب کردند (جدول شماره ۳). همچنین بین انجام غربالگری سرطان کولون با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال)، هیچ رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

جدول شماره ۳: اجزای مدل باورهای بهداشتی برحسب قصد انجام غربالگری سرطان کولون در آینده

اجزای مدل باورهای بهداشتی	قصد انجام غربالگری در آینده را دارند (n=۴۰)	قصد انجام غربالگری در آینده را ندارند (n=۱۶۰)	pvalue
درک حساسیت	۲/۵۶±۱/۲۶	۲/۳۷±۰/۷۶	۰/۲۴
شدت خطر	۳/۳۳±۰/۶۵	۳/۱۸±۰/۷۷	۰/۲۷
فواید	۴/۰۸±۰/۴۸	۳/۷۱±۰/۶۷	۰/۰۰۸
موانع	۳/۱۹±۰/۶۸	۳/۴۱±۰/۸۵	۰/۱۲
انگیزه سلامتی	۳/۵۹±۰/۵۹	۳/۴۸±۰/۷۰	۰/۳۸
خودکارآمدی	۳/۵۲±۰/۵۵	۳/۳۰±۰/۵۳	۰/۰۲

• داده‌ها براساس میانگین و انحراف معیار می‌باشد.

بحث

طبق توصیه سازمان بهداشت جهانی و انجمن پیشگیری از سرطان آمریکا (۱۵)، همه افراد بالای ۵۰ سال از نظر ابتلا به سرطان کولورکتال در معرض خطر متوسط قرار دارند و هر سال بایستی یکبار آزمایش خون مخفی در مدفوع و هر ۵ سال یک مرتبه آزمایش کولونوسکوپی را انجام دهند. همانطور که نتایج این پژوهش نشان داد اکثر شرکت کنندگان، راجع به سرطان کولون و غربالگری آن آگاهی نداشتند و تنها ۵٪ از آنها، آزمایشهای غربالگری را انجام داده بودند که در مقایسه با پژوهش مشابه توسط Meissner و همکاران در آمریکا که این رقم را ۲۳٪ گزارش کرده بود، رقم پایینی است (۱۶). Greiner نیز در مطالعه خود نشان داد اکثریت افراد شرکت کننده در پژوهش، درباره آزمایشهای غربالگری اطلاعات کمی داشته اند (۱۷)، ولی در مطالعه Yepes-Rios در آمریکا، تعداد اندکی از پاسخ دهندگان، از سرطان کولون آگاهی داشتند که تنها ۴۱٪ آنها به انجام غربالگری توسط پزشک توصیه شده بودند (۱۸).

در مورد اجزای مدل باورهای بهداشتی نتایج نشان داد شرکت کنندگان در بُعد حساسیت پذیری، کمترین نمره را کسب کرده اند که به نظر می رسد افراد خود را مستعد ابتلا به سرطان ندیده و حساسیت موضوع را درک نکرده اند. البته استعداد درک شده باید با احتیاط صورت گیرد چون نگرانی بیش از حد در این مورد، خود ممکن است باعث عدم شرکت افراد در برنامه غربالگری شود (۱۹). مطالعه بر روی زنان ۵۰ ساله و بالاتر نشان داد ۵۰٪ از آنها حساسیت ابتلا به سرطان کولون را درک نکرده اند. درباره بُعد فواید، نتایج رضایت بخش بود و افراد در این بُعد، بالاترین نمره را داشتند که با مطالعه Omran همخوانی داشت (۱۱). در مورد عملکرد افراد شرکت کننده، یافته های حاصل از این مطالعه نشان داد غربالگری سرطان کولون در گروهی که برنامه غربالگری و یا قصد انجام آن را در آینده داشتند صورت نگرفته است که این افراد در ابعاد فواید درک شده و خودکارآمدی، نمرات بالاتری را کسب نمودند. این یافته با نتایج مطالعات مشابه انجام شده مطابقت داشت. به نظر می رسد افراد در گروه غربالگری، مزایای بیشتر را در انجام آن می دیدند.

Walsh در این رابطه می نویسد: شناخت فواید و مزایای یک رفتار بهداشتی سبب ترغیب افراد به انجام آن می شود (۲۰). Secginli اظهار می دارد اطلاع رسانی بر پایه ارتباط بین باورهای بهداشتی و انجام رفتارهای غربالگری باید با تمرکز آموزش بر فواید غربالگری باشد (۲۱).

Von و همکاران گزارش کردند خودکارآمدی درک شده منجر به مشارکت بیشتر در غربالگری سرطان کولورکتال می شود. این پژوهش، سواد سلامت بالاتر را عامل افزایش خودکارآمدی و در نهایت، افزایش میزان مشارکت دانسته است (۱۲). عدم ارتباط معنی دار در دیگر خرده مقیاس ها نیز می تواند ناشی از تعداد اندک افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر باشد که قابلیت تعمیم را کاهش می دهد.

محدودیت ها

در مطالعه حاضر حجم محدود نمونه ها و نمونه گیری غیر تصادفی، قابلیت تعمیم پذیری یافته ها را کاهش داد که انجام این مطالعه با حجم نمونه بالاتر و به صورت تصادفی می تواند در ارتقای این محدودیت مؤثر باشد. با توجه به آمار و شواهد موجود، سن ابتلا به سرطان کولورکتال در ایران پایین تر از میانگین جهانی است و نظر به اینکه افراد مورد مطالعه در این پژوهش را گروه سنی بالای ۵۰ سال تشکیل می داد، لذا نتایج به دست آمده قابل تعمیم به سایر گروه های سنی نبود. بنابراین، لزوم انجام مطالعات مشابه در گروه های سنی پایین تر و افراد در معرض خطر بالا، احساس می شود.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد میزان آگاهی و انجام رفتارهای غربالگری در افراد بالای ۵۰ سال، پایین بوده است. اکثر شرکت کنندگان در این مطالعه حساسیت نسبت به سرطان کولورکتال را درک نکرده بودند و بیش از نیمی از افراد نیز موانع زیادی را درک کرده بودند. لذا با توجه به باورهای بهداشتی توصیف شده در این مطالعه پیشنهاد می گردد آموزش و تشویق به مشارکت در برنامه های غربالگری همراه با تمهیداتی جهت رفع موانع و افزایش حساسیت درک شده صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی (به شماره ۹۰۲۲۲) است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم تصویب و حمایت مالی شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم، کارکنان محترم مراکز آموزشی درمانی و افراد شرکت کننده در این پژوهش ابراز می‌دارند.

همچنین تحصیلات دبیرستانی و دانشگاهی می‌تواند نقشی مؤثر در افزایش آگاهی عمومی داشته باشد. کارکنان بهداشتی نیز باید توانایی‌های خود را در درگیر کردن افراد مراجعه کننده در برنامه‌های آموزش افزایش دهند. انجام مداخلات آینده بر مبنای سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی این مطالعه، جهت افزایش مشارکت افراد در برنامه غربالگری و ارتقای سطح سلامت جامعه توصیه می‌شود.

References:

1. Yusoff HM, Daud N, Noor NM, Rahim AA. Participation and barriers to colorectal cancer screening in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13(8):3983-7.
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 Biomark Prev* 2002;11(6):529-34.
3. Katz ML, Tatum C, Dickinson SL, Murray DM, Long-Foley KK, Cooper MR, et al. Improving colorectal cancer screening by using community volunteers. *Cancer* 2007;110(7):1602-10.
4. Moattari M, Rouzitalb M, Saber Firoozi M, Zare N. The effect of educational intervention on the knowledge and participation of administrative health personnel in colorectal cancer screening program at Shiraz University of Medical Sciences Shiraz 2003. *J Res Med Sci* 2009;33(1):47-54. [Full Text in Persian]
5. Taylor VM, Schwartz SM, Jackson JC, Kuniyuki A, Fischer M, Yasui Y, et al. Cervical cancer screening among Cambodian-American women. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 1999;8(6):541-6.
6. Salz T, Brewer NT, Sandler RS, Weiner BJ, Martin CF, Weinberger M. Association of health beliefs and colonoscopy use among survivors of colorectal cancer. *J Cancer Surviv* 2009;3(4):193-201.
7. Karimy M, Shamsi M, Araban M. Pap Smear test structures for measuring health belief model and factors affecting women in urban centers covered Zarandieh. *Qom Univ Med Sci J* 2012;6(3). [Full Text in Persian]
8. Gipsh K, Sullivan JM, Dietz EO. Health belief assessment regarding screening colonoscopy. *Gastroenterol Nurs* 2004;27(6):262-7.
9. Hasani L, Aghamolaei T, Tavafian S, Zare S. Constructs of the health belief model as predicting factors in breast self-examination. *Hayat* 2011;17(1):62-9. [Full Text in Persian]
10. Gözümlü S, Aydin I. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. *Cancer Nursing* 2004;27(6):491-8.
11. Omran S, Ismail AA. Knowledge and beliefs of Jordanians toward colorectal cancer screening. *Cancer Nurs* 2010;33(2):141-8.
12. von Wagner C, Semmler C, Good A, Wardle J. Health literacy and self-efficacy for participating in colorectal cancer screening: The role of information processing. *Patient Educ Couns* 2009;75(3):352-7.
13. Macrae FA, Hill DJ, St John DJ, Ambikapathy A, Garner JF. Predicting colon cancer screening behavior from health beliefs. *Prev Med* 1984;13(1):115-26.
14. Jacobs LA. Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: A population-based survey. *Cancer Nurs* 2002;25(4):251-65.

15. Kraft J, Freiman A. Management of acne. *Can Med Assoc J* 2011;183(7):E430-E5.
16. Meissner HI, Yabroff KR, Dodd KW, Leader AE, Ballard-Barbash R, Berrigan D. Are patterns of health behavior associated with cancer screening? *Am J Health Promot* 2009;23(3):168-75.
17. Greiner KA, Born W, Nollen N, Ahluwalia JS. Knowledge and perceptions of colorectal cancer screening among urban African Americans. *J Gen Intern Med* 2005;20(11):977-83.
18. Yepes-Rios M, Reimann JO, Talavera AC, de Esparza AR, Talavera GA. Colorectal cancer screening among Mexican Americans at a community clinic. *Am J Prev Med* 2006;30(3):204-10.
19. Redman S, Reid A, Campbell E, Sanson-Fisher R. Breast self-examination and breast examination by a health care provider: Prevalence and predictors of screening in a randomly selected sample of Australian women. *The Med J Australia* 1990;152(12):640.
20. Walsh A. *Watson's Clinical nursing and related sciences*. 5th ed. Philadelphia: Baillier, Tialandcompany; 1997. p. 9.
21. Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006;43(2):161-71.