

Study of Knowledge, Attitude, and Practice of Health Workers in Isfahan Health Centers No. 1 and 2, Iran, Regarding the Risk Factors of Gastrointestinal Cancers (Colorectal) in 2020

Maryam Jalalpour¹, Mohamad Javad Tarrahi², Ghasem Yadegarfar³

Original Article

Abstract

Background: Gastrointestinal cancers are one of the most dangerous and common cancers in Iran. This type of cancer is more common in the esophagus, stomach, colon, and rectum. The present study is aimed to determine the level of knowledge, attitude, and practice of employed health professionals about the risk factors of gastrointestinal cancers.

Methods: In the present cross-sectional study, all 175 male and female health workers in Isfahan Health Centers No. 1 and 2, Isfahan, Iran, were studied. Data were collected using a questionnaire, measuring the knowledge, attitude, and practice of health workers. Raw data of knowledge, attitude, and practice were converted to standard scores from 0 to 100 with a linear conversion and were described with mean, standard deviation (SD), 95% confidence interval (CI), median, and interquartile range. Data were analyzed by one-way analysis of variance (ANOVA) at a significance level of 5% using SPSS software.

Findings: The mean scores of knowledge for all participants were 69.3%, the mean scores of attitude were 73.9%, and the mean scores of behavior were 35.3%. The difference between the mean scores of knowledge, attitude, and behavior of health workers according to gender, marital status, family history, income, and enteritis was not statistically significant. However, the mean scores of individuals' behavior with educational levels of diploma and sub-diploma were statistically significant ($P = 0.046$). Attitude score increased in terms of age ($P = 0.007$). Additionally, there was a significant linear positive correlation between work experience and attitude score ($r = 0.218$, $P = 0.004$). The relationship between gender and nutritional behavior was significant ($P = 0.039$). The average knowledge score of people who needed periodic testing was 76.6, which was also significantly different from people who did not need periodic testing ($P = 0.026$).

Conclusion: With increasing age and the years of employment, the attitude score increased. Moreover, the average nutritional behavior of male health workers was lower than female ones. It was also found that people who needed periodic testing had higher knowledge ones. Therefore, in addition to developing appropriate training programs, adopting other health policies is needed, so that by overcoming the barriers to preventive behaviors, not only the performance of health workers can be increased but also by providing services to the covered populations, people's participation in colorectal cancer screening programs can be improved.

Keywords: Health personnel; Knowledge; Attitude; Colorectal cancer; Risk factors

Citation: Jalalpour M, Tarrahi MJ, Yadegarfar G. Study of Knowledge, Attitude, and Practice of Health Workers in Isfahan Health Centers No. 1 and 2, Iran, Regarding the Risk Factors of Gastrointestinal Cancers (Colorectal) in 2020. J Health Syst Res 2022; 18(4): 266-74.

1- MSc Student, Department of Community Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran AND School of Medicine, University of Preston, England

Corresponding Author: Ghasem Yadegarfar; Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran AND School of Medicine, University of Preston, England; Email: yadegarfar@gmail.com

بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان مراکز بهداشت شماره ۱ و ۲ اصفهان در خصوص عوامل خطر سرطان‌های دستگاه گوارش (کولورکتال) در سال ۱۳۹۹

مریم جلال‌پور^۱، محمد جواد طراحی^۲، قاسم یادگارفر^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سرطان‌های دستگاه گوارش یکی از پرخطرترین و شایع‌ترین نوع سرطان در ایران می‌باشد. این بیماری در مری، معده، کولون و رکتوم شیوع بیشتری دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان شاغل در خصوص عوامل خطر سرطان‌های دستگاه گوارش انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، تمام ۱۷۵ بهورز زن و مرد شاغل در مراکز بهداشت شماره ۱ و ۲ اصفهان مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد که میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان را مورد سنجش قرار داد، جمع‌آوری گردید. نمرات خام آگاهی، نگرش و عملکرد با یک تبدیل خطی به نمرات استاندارد صفر تا ۱۰۰ تبدیل و با میانگین، انحراف معیار، حدود اطمینان ۹۵ درصد، میانه و دامنه چارکی توصیف شد. داده‌ها با استفاده از آزمون One-way ANOVA در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات آگاهی برای کل شرکت‌کنندگان، ۶۹/۳ درصد (۶۶/۸۵-۷۱/۸۹) CI (Confidence interval) = ۹۵ درصد، میانگین نمرات نگرش ۷۳/۹ درصد (۶۶/۴۶-۷۵/۵۲) CI = ۹۵ درصد و میانگین نمرات رفتار ۳۵/۳ درصد (۳۳/۴۳-۳۷/۲۳) CI = ۹۵ درصد بود. اختلاف میانگین نمرات آگاهی، نگرش و رفتار بهورزان بر حسب جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه فامیلی، ابتلا به بیماری‌های التهابی روده و سطح درآمد معنی‌دار نبود، اما میانگین نمرات رفتار افراد با سطح سواد دیپلم و زیر دیپلم معنی‌دار بود (P = ۰/۰۰۷). با افزایش سن، نمره رفتار افزایش داشت (P = ۰/۰۰۷). همبستگی مثبت خطی معنی‌داری بین سابقه کار و نمره رفتار (P = ۰/۰۰۴، r = ۰/۲۱۸) مشاهده شد و ارتباط جنسیت با رفتار تغذیه‌ای معنی‌دار بود (P = ۰/۰۳۹). میانگین نمرات آگاهی افرادی که نیاز به تست دوره‌ای دارند، ۷۶/۶ بود و نسبت به افرادی که نیاز به تست دوره‌ای ندارند، با اختلاف زیادی معنی‌دار بود (P = ۰/۰۲۶).

نتیجه‌گیری: با افزایش سن و سابقه خدمت، نمره رفتار افزایش پیدا کرد. همچنین، میانگین رفتار تغذیه‌ای در بهورزان مرد نسبت به بهورزان زن کمتر بود. افرادی که نیاز به تست دوره‌ای دارند، آگاهی بالاتری داشتند. بنابراین، علاوه بر دانش‌افزایی، به اتخاذ سایر سیاست‌های بهداشتی نیاز است تا بتوان با غلبه بر موانع انجام رفتارهای پیشگیرانه، نه تنها عملکرد بهورزان، بلکه با خدمات‌رسانی به جمعیت‌های تحت پوشش، مشارکت مردم را در برنامه‌های غربالگری سرطان کولورکتال افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: کارکنان سلامت؛ آگاهی؛ نگرش؛ سرطان کولورکتال؛ عوامل خطر

ارجاع: جلال‌پور مریم، طراحی محمد جواد، یادگارفر قاسم. بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان مراکز بهداشت شماره ۱ و ۲ اصفهان در خصوص عوامل خطر سرطان‌های دستگاه گوارش (کولورکتال) در سال ۱۳۹۹. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۱۸ (۴): ۲۶۴-۲۶۶

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۱۰/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۵/۳

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۳/۱

و میر در کشورهای کمتر توسعه یافته است (۲). در حال حاضر، ابتلا به سرطان یکی از مسایل مهم در ایران و تمام دنیاست (۳). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، سرطان‌های ریه، معده، پستان، کبد و کولورکتال دلایل بیشترین مرگ و میرهای ناشی از سرطان در کل دنیا می‌باشد؛ به طوری که در سال ۲۰۱۸ میلادی، ۶/۹ میلیون نفر بر اثر سرطان جان خود را از دست دادند؛ به این معنی که از هر شش مرگ، یک مورد به دلیل سرطان بوده است و در این میان، سرطان روده بزرگ چهارمین علت مرگ و سومین نوع سرطان از نظر میزان بروز در دنیا می‌باشد (۴) و یکی از پرخطرترین و شایع‌ترین سرطان‌ها در ایران به

مقدمه

سرطان و به ویژه سرطان کولورکتال یکی از بیماری‌های غیر واگیر است و با وجود داروهای مؤثر و وسایل تشخیصی مجهز، به عنوان یکی از بزرگ‌ترین عامل مرگ انسان‌ها مطرح می‌باشد (۱). این بیماری به طور فزاینده‌ای از شایع‌ترین بیماری‌های جهان در دهه‌های آینده خواهد بود که حدود ۶۰ درصد موارد جدید این سرطان در کشورهای کمتر توسعه یافته ایجاد می‌شود. سرطان دومین عامل شایع مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش جامعه‌نگر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران و دانشکده پزشکی، دانشگاه پرستون، انگلستان

نویسنده مسؤول: قاسم یادگارفر، دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران و دانشکده پزشکی، دانشگاه پرستون، انگلستان
Email: yadegarfar@gmail.com

شمار می‌رود و حدود نیمی از مرگ‌های حاصل از سرطان در ایران (۴۴/۴ درصد) را به خود اختصاص می‌دهد (۵).

پژوهش‌های فراوانی در رابطه با انواع و عوامل ایجادکننده سرطان‌های دستگاه گوارش انجام شده و در بیشتر آن‌ها ثابت شده است که وجود و تأثیر متقابل عوامل متعدد محیطی و ژنتیکی برای بروز این سرطان‌ها ضروری می‌باشد. فقر، مصرف کم سبزی و میوه تازه، بالا بودن میزان نیترات در رژیم غذایی، مصرف زیاد دخانیات و مشروبات الکلی و همچنین، مصرف داروهای متعدد، کم‌تحرکی، مصرف زیاد گوشت قرمز، وجود بیماری‌های التهابی روده و داشتن سابقه فامیلی از جمله عوامل مهم خطر این بیماری به شمار می‌رود (۶، ۷). برخی عوامل همچون داشتن فعالیت بدنی کافی، داشتن یک وزن متعادل، دوری از استرس، مصرف زیاد سبزیجات و میوه‌جات دارای ترکیبات آنتی‌اکسیدانی، اسید فولیک و فیبر، اثر محافظتی در برابر سرطان دارند (۸). در مورد ارتباط تغذیه و سرطان‌های دستگاه گوارش و به خصوص سرطان کولورکتال و معده، بیشترین میزان سرطان روده بزرگ در کشورهای با مصرف سرانه بالای گوشت قرمز و کمترین میزان در کشورهای با مصرف سرانه پایین گوشت قرمز گزارش شده است (۹). همچنین، نتایج مطالعه‌ای در ایران نشان داد که بالاترین خطر ابتلا به سرطان کولورکتال در ارتباط با الگوی غذایی گیاهی، اثر محافظت‌کننده در برابر ابتلا به سرطان کولورکتال داشته است (۱۰). در دو تحقیق، مصرف رژیم غذایی پرچرب به عنوان عامل خطری برای سرطان کولورکتال شناسایی شد (۱۲، ۱۱). در پژوهش‌های دیگر، رژیم غذایی سرشار از میوه و سبزیجات به عنوان عامل محافظت‌کننده در برابر ابتلا به سرطان کولورکتال عنوان گردید (۱۳، ۱۴). عوامل مؤثر در بروز سرطان معده در مطالعه‌ای مورد بررسی قرار گرفت و کمک بزرگی جهت شناسایی این عوامل در بروز سرطان معده به پزشکان کرد (۱۵). با اقدامات پیشگیرانه و آموزش صحیح به بیماران و خانواده آن‌ها و حمایت‌های اجتماعی بهتر، می‌توان از ابتلا افراد به این بیماری کاست و یا شانس زنده ماندن را در این بیماران افزایش داد (۱۶). با روند صعودی این سرطان‌ها، اجرای برنامه‌های پیشگیری از جمله برنامه غربالگری، اصلاح رژیم غذایی و آموزش سبک زندگی ضروری به نظر می‌رسد (۱۷). دو اصل مهم در برنامه‌های پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان‌ها باید مورد توجه قرار گیرد:

۱- راه‌های پیشگیری از سرطان: بر خلاف تصور عام، سرطان یک بیماری قابل پیشگیری است؛ به طوری که بیش از ۴۰ درصد سرطان‌ها قابل پیشگیری هستند. برای پیشگیری از سرطان روده بزرگ، باید بدانی‌م علل ایجادکننده سرطان و راه‌های دوری کردن از آن چیست؟ همچنین، چه عواملی اثر محافظتی در برابر این سرطان دارد.

۲- علایم هشدار دهنده سرطان: با شناخت این علایم و مراجعه به‌موقع به خانه‌ها و پایگاه‌های بهداشتی، می‌توان ضایعات پیش‌سرطانی را پیش از تبدیل شدن به سرطان، زودتر تشخیص داد (۸).

هدف در برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ، شناسایی و ثبت بیماران مشکوک یا مبتلا به این سرطان و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی- درمانی و همچنین، ساماندهی درمان و مراقبت از بیماران است (۸). در این خصوص، بهورزان در اولین سطح خدمات‌رسانی به مردم قرار دارند. با توجه به نقش بهورزان در غربالگری سرطان‌های دستگاه گوارش، انتقال دانش صحیح، باورهای درست و عملکرد

مطلوب در پیشگیری از ابتلا به این سرطان‌ها، نیاز است از میزان آگاهی، باورها و عملکرد کارکنان بهداشتی از جمله بهورزان اطلاع یافت تا با تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب و تغییر عملکرد بهورزان در جهت خدمات‌رسانی بهتر به جمعیت‌های تحت پوشش، مشارکت مردم را در برنامه‌های غربالگری سرطان کولورکتال افزایش داد. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان در خصوص رفتارهای پیشگیرانه از این نوع سرطان و ارتباط این عوامل با یکدیگر و سایر عوامل زمینه‌ای بود.

روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی و توصیفی- تحلیلی بود و با هدف بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان در زمینه عوامل خطر سرطان‌های دستگاه گوارش انجام شد. در این تحقیق، تمام ۱۷۵ بهورز شاغل در مراکز بهداشت شماره ۱ و ۲ اسفهان شرکت نمودند.

بهورزان زن و مرد و با هر سابقه خدمتی و شاغل در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی- درمانی روستایی که تمایل به شرکت در طرح را داشتند، وارد پژوهش شدند. انصراف، بازنشستگی، انتقال به مراکز دیگر و ابتلا به سرطان و عدم تمایل به همکاری به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد (سه نفر از بهورزان به دلیل بازنشستگی در مطالعه شرکت نکردند).

برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسش‌نامه چهار قسمتی استفاده شد. قسمت اول شامل سؤالات زمینه‌ای (جنسیت، سن، وضعیت تأهل، سابقه خدمت، میزان تحصیلات، سابقه فامیلی از نظر سرطان کولورکتال، میزان درآمد خانواده در ماه، ابتلا به بیماری‌های التهابی روده)، قسمت دوم در برگزیده سؤالات مربوط به سنجش آگاهی شامل ۳۸ سؤال بود که آگاهی بهورزان در زمینه ماهیت سرطان‌های دستگاه گوارش به خصوص سرطان کولورکتال و علایم و عوامل مرتبط و روش‌های تشخیص زودرس این بیماری را می‌سنجد (۲۹ سؤال با پاسخ‌های «این گزاره کاملاً درست است، این گزاره کاملاً نادرست است، فکر می‌کنم این گزاره درست است اما مطمئن نیستم، در مورد این گزاره هیچ نظری ندارم» و ۹ سؤال با پاسخ‌های «خطر سرطان را افزایش می‌دهد، خطر سرطان را کاهش می‌دهد، این عامل ارتباطی با سرطان روده بزرگ ندارد، نمی‌دانم» بود). قسمت سوم حاوی سؤالات مربوط به حیطة نگرش به عوامل خطر و متشکل از ۱۴ سؤال (با پاسخ‌های بسیار موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم، بسیار مخالفم و مخالفم) بود. قسمت چهارم نیز حاوی سؤالات مربوط به سنجش عملکرد بهورزان در خصوص تشخیص زودرس اگر خود در معرض خطر می‌باشند، شامل ۲۲ سؤال می‌باشد (۸ سؤال با پاسخ‌های بلی و خیر و در صورت بلی، تعداد دفعات مشخص گردد و با توجه به این که افراد ۵۰ سال به بالا نیاز به این غربالگری دارند، معیار پاسخ به این سؤالات می‌باشد. ۱۴ سؤال بر اساس عوامل تغذیه‌ای با پاسخ‌های هرگز، یک یا دو مرتبه در ماه، یک یا دو مرتبه در هفته، بیش از سه مرتبه در هفته، هر روز). این پرسش‌نامه مبتنی بر مقیاسی که پیش‌تر مورد استفاده قرار گرفته و پایایی و اعتبار آن سنجیده شده بود، انجام شد که نتیجه ضریب Cronbach's alpha در دو پرسش‌نامه ۰/۷۰ و ۰/۸۸ به دست آمده است (۱۹، ۱۸). پایایی و اعتبار پرسش‌نامه حاضر در قسمت آگاهی با ضریب Spearman's alpha ۰/۷۲ و در قسمت نگرش با ضریب Cronbach's alpha ۰/۶۲ و در قسمت عملکرد با ضریب Spearman's alpha ۰/۲۸ تأیید گردید.

پس از تکمیل پرسش‌نامه توسط بهروزان، ابتدا پرسش‌نامه‌ها کنترل شد و در صورتی که سؤالی بی‌پاسخ مانده بود، به بهروز برگردانده شد تا تکمیل گردد. نمرات خام آگاهی، نگرش و عملکرد با استفاده از یک تبدیل خطی به نمرات استاندارد صفر تا ۱۰۰ تبدیل گردید. جهت توصیف پیامدهای کمی (نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد) و متغیرهای زمینه‌ای کمی، از میانگین و انحراف معیار، حدود اطمینان ۹۵ درصد، میانه و دامنه چارکی و به منظور توصیف متغیرهای کیفی نیز از تعداد، نسبت و حدود اطمینان ۹۵ درصد بهره استفاده شد.

جهت تحلیل و مقایسه پیامدهای کمی (نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد) بین سطوح مختلف متغیرهای زمینه‌ای کیفی، آزمون مقایسه میانگین t برای دو گروه مستقل و یا One-way ANOVA بهره گرفته شد. برای تعیین همبستگی بین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد از ضریب همبستگی Pearson و متناظر آن Spearman استفاده گردید. همچنین، جهت پیش‌بینی نمره عملکرد به عنوان متغیر وابسته از روی نمره آگاهی و نگرش، کنترل شده برای متغیرهای مخدوشگر مانند سن و جنسیت و سایر متغیرهای زمینه‌ای، از $\text{Multiple Linear Regression}$ بهره گرفته شد. به منظور تحلیل نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد دسته‌بندی شده به سه گروه خوب، متوسط و ضعیف با متغیرهای زمینه‌ای کیفی از آزمون χ^2 استفاده گردید؛ به طوری که دامنه مطلوب نمرات، ۵۰ قرار داده شد و در این خصوص نمرات کمتر از ۵۰ ضعیف، نمرات ۵۰ تا ۷۰ متوسط و نمرات ۷۰ به بالا: خوب در نظر گرفته شد. در نهایت، داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ (version 25, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی و اجتماعی

بهورزان مورد بررسی

مقدار	متغیر
$40/1 \pm 7/3$	سن (سال) (میانگین \pm انحراف معیار)
$17/8 \pm 7/9$	سابقه خدمت (سال) (میانگین \pm انحراف معیار)
	جنسیت [تعداد (درصد)]
۱۳۴ (۷۷/۹)	زن
۳۸ (۲۲/۱)	مرد
	گروه‌های سنی (سال) [تعداد (درصد)]
۱۸ (۱۰/۵)	۲۰ تا ۲۹
۴۷ (۲۷/۳)	۳۰ تا ۳۹
۱۰۷ (۶۲/۲)	۴۰ و بالاتر
	سابقه خدمت (سال) [تعداد (درصد)]
۳۵ (۲۰/۳)	کمتر از ۱۰
۶۱ (۳۵/۵)	۱۰ تا ۲۰
۷۶ (۴۴/۲)	۲۰ تا ۳۰
	وضعیت تأهل [تعداد (درصد)]
۱۵۶ (۹۰/۷)	متأهل
۱۶ (۹/۳)	مجرد
	سطح سواد [تعداد (درصد)]
۱۶ (۹/۳)	زیر دیپلم
۱۰۹ (۶۳/۴)	دیپلم
۲۰ (۱۱/۶)	کاردانی
۲۷ (۱۵/۷)	کارشناسی و بالاتر
	میزان درآمد [تعداد (درصد)]
۲۴ (۱۴/۰)	کمتر از ۵ میلیون
۶۹ (۴۰/۱)	۵ تا ۷ میلیون
۶۰ (۳۴/۹)	۷ تا ۱۰ میلیون
۱۹ (۱۱/۰)	بالای ۱۰ میلیون
	سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان [تعداد (درصد)]
۵ (۲/۹)	دارد
۱۶۷ (۹۷/۱)	ندارد
	ابتلا به بیماری‌های التهابی روده [تعداد (درصد)]
۹ (۵/۲)	دارد
۱۶۳ (۹۴/۸)	ندارد

یافته‌ها

در پژوهش حاضر به منظور بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بهروزان مراکز بهداشت شماره ۱ و ۲ اصفهان در خصوص عوامل خطر سرطان‌های دستگاه گوارش (کولورکتال) که بر روی ۱۷۵ نفر از بهروزان زن و مرد دو مرکز انجام گرفت، ۳ بهروز به دلیل بازنشستگی دسترسی حاصل نشد و داده‌ها برای ۱۷۲ بهروز تحلیل گردید. ۷۷/۹ درصد شرکت‌کنندگان مطالعه را زنان و ۲۲/۱ درصد را مردان تشکیل دادند. میانگین سنی آنان، $40/1 \pm 7/3$ سال و میانگین سابقه خدمت این افراد، $17/8 \pm 7/9$ سال بود. مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

نتایج نشان داد که میانگین نمرات آگاهی کل شرکت‌کنندگان، ۶۹/۳ درصد [۶۶/۸۵-۷۱/۸۹، $P = 0/160$ ، CI (Confidence interval) = ۹۵ درصد] بود. میانگین نمرات نگرش ۷۳/۹ درصد ($P = 0/475$ ، CI = ۷۲/۵۲-۷۵/۴۶، $P = 0/066$ ، CI = ۳۳/۳۷-۴۳/۲۳، $P = 0/066$ ، CI = ۹۵ درصد) به دست آمد که نشان دهنده نگرش خوب و میانگین نمرات رفتار نیز ۳۵/۳ درصد (با توجه به این که افراد ۵۰ سال به بالا نیاز به این غربالگری دارند)، مشخص گردید که از ۱۷۲ نفر، ۲۳ نفر بالای ۵۰ سال نیاز به تست تشخیصی آزمایش‌های دوره‌ای دارند که فقط ۱۵ نفر (۶۵/۲ درصد) انجام داده‌اند و ۸ نفر

جدول ۲. نمرات آگاهی، نگرش و رفتار در بهروزان (تعداد کل: ۱۷۲ نفر)

نمره رفتار	نمره نگرش	نمره آگاهی	میانگین \pm انحراف معیار
۳۵/۲۳ \pm ۱۲/۷۱	۷۳/۹۹ \pm ۹/۸۰	۶۹/۳۷ \pm ۱۶/۸۳	کمینه
۷/۶۹	۴۴/۶۴	۱۶/۲۲	بیشینه
۶۹/۲۳	۱۰۰	۱۰۰	حدود اطمینان ۹۵ درصد
۲۳/۳۷-۴۲/۲۳	۷۲/۵۲-۷۵/۴۶	۶۶/۸۵-۷۱/۸۹	

نگرش، رفتار تغذیه‌ای ۰/۱۷- نمره کاهش نشان داد ($P = ۰/۱۰۴$ ، $95\% \text{ CI} = -۰/۳۹-۰/۰۴$ درصد) و به ازای هر سال که به سن اضافه می‌شد، ۰/۵۲ نمره رفتار تغذیه‌ای بهبود یافت ($P = ۰/۱۹۲$ ، $95\% \text{ CI} = -۰/۲۶-۱/۳۰$ درصد). رفتار تغذیه‌ای در افراد دارای سطح سواد کارشناسی و بالاتر نسبت به کمتر از دیپلم، نمره کاهش داشت ($P = ۰/۲۳۶$ ، $95\% \text{ CI} = -۱۲/۶۵-۳/۱۲$ درصد). در افراد با سطح سواد کاردانی نسبت به کمتر از دیپلم، رفتار تغذیه‌ای ۲/۱۶- نمره کاهش نشان داد ($P = ۰/۱۶۶$ ، $95\% \text{ CI} = -۱۰/۶۰-۶۲/۲۹$ درصد). در افراد با سطح سواد دیپلم نسبت به کمتر از دیپلم، رفتار تغذیه‌ای ۶/۶۱- نمره کاهش یافت ($P = ۰/۰۵۶$ ، $95\% \text{ CI} = -۱۳/۰۰-۳۷/۱۶$ درصد). همچنین، در افراد با درآمد بیشتر ۱۰ میلیون، نسبت به کمتر از ۵ میلیون، رفتار تغذیه‌ای ۲/۵۶- نمره کاهش داشت ($P = ۰/۵۰۹$ ، $95\% \text{ CI} = -۱۰/۱۵-۵/۰۴$ درصد). در افراد با سطح درآمد ۷ تا ۱۰ میلیون نسبت به کمتر از ۵ میلیون، رفتار تغذیه‌ای ۰/۶۴- نمره کاهش نشان داد ($P = ۰/۸۲۹$ ، $95\% \text{ CI} = -۶/۵۰-۵/۲۱$ درصد) و در افراد با سطح درآمد ۵ تا ۷ میلیون نسبت به کمتر از ۵ میلیون، رفتار تغذیه‌ای ۱/۰۱- نمره کاهش یافت ($P = ۰/۷۲۵$ ، $95\% \text{ CI} = -۶/۶۳-۴/۶۱$ درصد) (جدول ۶).

مقایسه عملکرد افراد بر اساس عوامل مربوط به تشخیص و پیشگیری نشان داد که از کل ۱۷۲ نفر، ۲۳ نفر بالای ۵۰ سال نیاز به تست دوره‌ای داشتند و ۱۴۹ نفر کمتر از ۵۰ سال نیاز به تست دوره‌ای نداشتند.

طبق نتایج به دست آمده، میانگین نمرات رفتار افراد با سطح سواد دیپلم، ۳۳/۵ و کمتر از میانگین نمرات افراد با سطح سواد کمتر از دیپلم با ۴۲/۳ بود و این اختلاف معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۴۶$)، اما میانگین نمرات آگاهی، نگرش و رفتار بر حسب جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه فامیلی، ابتلا به بیماری‌های التهابی روده و سطح درآمد معنی‌دار نبود (جدول ۴).

در تحقیق حاضر، ضریب همبستگی متغیرهای سن و سابقه خدمت نیز با آگاهی، نگرش و رفتار سنجیده شد و یافته‌ها نشان داد که با افزایش سن، نمره رفتار افزایش داشت که این ارتباط معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰۷$ ، $r = ۰/۲۰۴$). همچنین، ارتباط معنی‌داری بین سابقه خدمت و نمره رفتار وجود داشت ($P = ۰/۰۰۴$ ، $r = ۰/۲۱۸$). با افزایش سابقه خدمت، نمره آگاهی کاهش یافت، اما این ارتباط معنی‌داری نبود ($P = ۰/۰۱۳$ ، $r = -۰/۱۸۹$). بین سن و سابقه خدمت با دانش و نگرش نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۵).

در نتایج رگرسیون، پیش‌بینی نمره رفتار تغذیه‌ای بر اساس نمره آگاهی، نگرش، سن، جنسیت، سابقه خدمت، سواد و سطح درآمد نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین جنسیت با رفتار تغذیه‌ای وجود داشت ($P = ۰/۰۳۹$)؛ به این معنی که زن بودن رفتار تغذیه‌ای را به طور متوسط، ۵/۱۶ نمره افزایش داد ($P = ۰/۰۰۶$ ، $95\% \text{ CI} = ۱۰/۰۶-۰/۲۶$ درصد)، اما در بقیه موارد از نظر آماری معنی‌دار نبود. به عنوان مثال، با افزایش یک نمره به آگاهی، رفتار تغذیه‌ای ۰/۰۳ نمره افزایش داشت ($P = ۰/۶۷۲$ ، $95\% \text{ CI} = ۰/۰۹-۰/۱۵$ درصد). با افزایش یک نمره به

جدول ۳. توزیع فراوانی سنجش عملکرد افراد بر اساس مؤلفه‌های آگاهی مربوط به تشخیص و پیشگیری بر حسب نیاز به تست دوره‌ای

سؤال	نیاز به تست دوره‌ای دارد یا خیر؟		
	خیر	بله	کل
۱- مراجعه به پزشک یا مرکز بهداشتی- درمانی جهت انجام معاینات اولیه برای سرطان روده بزرگ	۱۲۳ (۸۲/۶)	۸ (۳۴/۸)	۱۳۱ (۷۶/۲)
کل	۲۶ (۱۷/۴)	۱۵ (۶۵/۲)	۴۱ (۲۳/۸)
۲- انجام حداقل یک مرتبه تست مدفوع برای تشخیص زودهنگام ابتلا به سرطان روده بزرگ	۱۱۴ (۷۶/۵)	۹ (۳۹/۱)	۱۲۳ (۷۱/۵)
کل	۳۵ (۲۳/۵)	۱۴ (۶۰/۹)	۴۹ (۲۸/۵)
۳- انجام حداقل یک مرتبه کولونوسکوپی برای تشخیص زودهنگام ابتلا به سرطان روده بزرگ	۱۴۰ (۹۴/۰)	۱۶ (۶۹/۶)	۱۵۶ (۹۰/۷)
کل	۹ (۶/۰)	۷ (۳۰/۴)	۱۶ (۹/۳)
۴- انجام حداقل یک بار روش‌های دیگر مانند تنقیه باریوم، اشعه ایکس، CTC، CT-Scan و یا بیوپسی جهت تشخیص زودهنگام ابتلا به سرطان روده بزرگ	۱۴۷ (۹۸/۷)	۲۰ (۷۸/۰)	۱۶۷ (۹۷/۱)
کل	۲ (۱/۳)	۳ (۱۳/۰)	۵ (۳/۹)
	۱۴۹ (۱۰۰)	۲۳ (۱۰۰)	۱۷۲ (۱۰۰)

CT-Scan: Computed tomography scan; CTC: Computed tomography colonography

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش و رفتار بر حسب سواد با استفاده از

آزمون‌های One-way ANOVA و Tukey

متغیر	سطح سواد	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	مقدار P
آگاهی	زیر دیپلم	۱۶	۶۸/۰۷ \pm ۲۲/۰۷	۰/۳۸۷
	دیپلم	۱۰۹	۶۸/۷۸ \pm ۱۵/۳۷	
	کاردانی	۲۰	۶۶/۸۹ \pm ۱۷/۱۵	
	کارشناسی و بالاتر	۲۷	۷۴/۳۷ \pm ۱۸/۷۷	
نگرش	زیر دیپلم	۱۶	۷۶/۱۱ \pm ۹/۰۵	۰/۱۵۷
	دیپلم	۱۰۹	۷۴/۱۴ \pm ۹/۲۸	
	کاردانی	۲۰	۶۹/۶۴ \pm ۱۱/۱۸	
	کارشناسی و بالاتر	۲۷	۷۵/۳۳ \pm ۱۰/۸۰	
رفتار	زیر دیپلم	۱۶	۴۲/۳۰ \pm ۱۳/۱۷	۰/۰۴۶
	دیپلم	۱۰۹	۳۳/۵۲ \pm ۱۱/۵۳	
	کاردانی	۲۰	۳۸/۸۴ \pm ۱۵/۴۸	
	کارشناسی و بالاتر	۲۷	۳۵/۸۹ \pm ۱۳/۴۹	

آگاهی افراد نیازمند به تست دوره‌ای مطلوب بود، اما در رفتار خوب عمل نکردند. به عنوان مثال، میانگین نمرات آگاهی افراد نیازمند به تست دوره‌ای (۷۶/۶) در مقابل افراد بی‌نیاز به تست دوره‌ای (۶۸/۲) بود که این اختلاف معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۲۶$). میانگین نمرات نگرش و رفتار در دو گروه نیازمند به انجام تست دوره‌ای و بی‌نیاز به انجام تست، معنی‌دار نبود (جدول ۷).

جدول ۵. ضریب همبستگی متغیرهای زمینه‌ای با آگاهی،

نگرش و رفتار به‌روزان

متغیر	ضریب همبستگی	مقدار P
سن و سابقه خدمت	۰/۹۲۸	< ۰/۰۰۱
سن و آگاهی	-۰/۱۰۱	۰/۱۸۷
سابقه خدمت و آگاهی	-۰/۱۸۹	۰/۰۱۳
سن و نگرش	-۰/۰۲۳	۰/۷۶۱
سابقه خدمت و نگرش	-۰/۱۳۰	۰/۰۸۸
سن و رفتار	۰/۲۰۴	۰/۰۰۷
سابقه خدمت و رفتار	۰/۲۱۸	۰/۰۰۴

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیشتر شرکت‌کنندگان زن بودند و میانگین سنی آن‌ها، $۷/۳ \pm ۴۰/۱$ سال و سابقه خدمت در بین این افراد، $۷/۹ \pm ۱۷/۸$ سال بود. اغلب نمونه‌ها متأهل بودند.

جدول ۶. رگرسیون پیش‌بینی نمره رفتار تغذیه‌ای بر اساس نمرات آگاهی، نگرش، سن، جنسیت، سابقه خدمت، سطح سواد و درآمد

متغیر	ضریب بتا (خطای استاندارد)	حدود اطمینان ۹۵ درصد	مقدار P
آگاهی	۰/۰۳ (۰/۰۶)	-۰/۰۹-۰/۱۵	۰/۶۷۲
نگرش	-۰/۱۷ (۰/۱۱)	-۰/۰۴-۰/۳۹	۰/۱۰۴
سن	۰/۵۲ (۰/۴۰)	-۰/۲۶-۱/۳۰	۰/۱۹۲
جنسیت (زن)	۵/۱۶ (۲/۵۰)	۰/۲۶-۱۰/۰۶	۰/۰۳۹
سابقه خدمت	-۰/۲۱ (۰/۳۷)	۰/۵۲-۰/۹۴	۰/۵۷۷
سطح سواد			
کارشناسی و بالاتر	۴/۰۲ (۴/۷۶)	-۱۲/۶۵-۳/۱۲	۰/۲۳۶
کاردانی	۴/۳۱ (-۰/۱۶)	-۱۰/۶۲-۶/۲۹	۰/۱۱۶
دیپلم	۳/۴۵ (-۶/۶۱)	-۱۳/۳۷-۰/۱۶	۰/۰۵۶
سطح درآمد			
بالای ۱۰ میلیون	۳/۸۷ (-۲/۵۶)	-۱۰/۱۵-۵/۰۴	۰/۵۰۹
۷ تا ۱۰ میلیون	۲/۹۹ (-۰/۶۴)	-۶/۵۰-۵/۲۱	۰/۸۲۹
۵ تا ۷ میلیون	۲/۸۶ (-۱/۰۱)	-۶/۶۳-۴/۶۱	۰/۷۲۵

جدول ۷. مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش و رفتار بر اساس نیاز به تست دوره‌ای در بهورزان

مقدار P	حدود اطمینان ۹۵ درصد (افراد نیازمند به تست دوره‌ای)	نیاز به تست دوره‌ای دارد؟		متغیر
		خیر (۱۴۹ نفر) (میانگین \pm انحراف معیار)	بلی (۲۳ نفر) (میانگین \pm انحراف معیار)	
۰/۰۲۶	۷۰/۶۹-۸۲/۵۱	۶۸/۲۰ \pm ۱۶/۹۴	۷۶/۶۰ \pm ۱۴/۴۸	آگاهی
۰/۳۱۰	۷۱/۷۰-۸۰/۱۰	۷۳/۶۰ \pm ۹/۷۳	۷۵/۹۰ \pm ۱۰/۲۸	نگرش
۰/۹۳۱	۲۸/۲۸-۴۱/۹۲	۳۵/۳۰ \pm ۱۲/۰۶	۳۵/۱۰ \pm ۱۶/۷۰	رفتار

معنی‌دار بین سابقه کار و آگاهی، با بررسی حاضر همخوانی داشت، اما از لحاظ سابقه کار و عملکرد (۲۳) با مطالعه حاضر هم‌راستا نبود.

در مطالعه‌ای جهت سنجش دانش، نگرش و عملکرد مردان بازنشسته نسبت به پیشگیری از سرطان، مشخص گردید که ۵۵ درصد افراد مورد بررسی دارای دانش خوب، ۳۹/۸ درصد دارای نگرش مثبت و ۶/۷ درصد دارای عملکرد خوبی نسبت به پیشگیری از سرطان داشتند و رابطه مستقیمی بین دانش و نگرش، نگرش و عملکرد، دانش و عملکرد افراد وجود داشت؛ اگرچه ارتباط بین دانش و نگرش از نظر آماری معنی‌دار نبود. همچنین، مشخص شد که نگرش نسبت به سرطان بر روی عملکرد افراد مؤثر است و نگرش مثبت باعث عملکرد بهتر و نگرش منفی باعث عملکرد ضعیف‌تر می‌شود. از نظر آماری نیز ارتباط معنی‌دار بین نگرش و عملکرد نسبت به سرطان وجود داشت (۲۴) که با یافته‌های تحقیق حاضر همخوانی نداشت. با توجه به این یافته‌ها و نتایج پژوهش حاضر، تنها با آموزش و برنامه‌های بازآموزی نمی‌توان عملکرد آن‌ها را نسبت به پیشگیری از سرطان بهبود بخشید. این رفتار باید در قالب دیدگاه اکولوژیکال مورد بررسی قرار گیرد. به عنوان مثال، انجام آزمایش‌ها و تست‌های تشخیصی غربالگری، مستلزم صرف وقت، هزینه و به طور کلی، برخورداری از پشتیبانی‌های بیمه‌ای و سیاست‌گذاری می‌باشد تا بتوان افراد را به انجام تست‌های غربالگری تشویق کرد؛ به خصوص در این قشر که سطح اولیه خدمات بهداشتی-درمانی کشور هستند، می‌توان شاهد رفتارهای ارتقای سلامت در آن‌ها و گیرندگان خدمت بود.

نتایج رگرسیون پیش‌بینی نمره رفتار تغذیه‌ای نشان داد که زنان رفتار تغذیه‌ای بهتری دارند؛ یعنی زن بودن رفتار تغذیه‌ای را ۵/۱۶ نمره افزایش داد، اما در بقیه موارد از نظر آماری معنی‌دار نبود که بیان‌کننده نیاز برنامه‌های آموزشی جهت تغییر رفتار به ویژه در بهورزان مرد می‌باشد. در این راستا، باباپور و همکاران مطالعه‌ای بر روی کارکنان بیمارستان‌های آموزشی انجام دادند و در مجموع آگاهی و نگرش کارکنان در مورد سرطان متوسط و عملکرد آنان ضعیف ارزیابی شد (۲۵). با توجه به این که کارکنان می‌توانند موجب سالم‌سازی رفتارهای جامعه گردند، اجرای برنامه‌های منظم و مدون آموزشی در رابطه با پیشگیری از سرطان برای این گروه لازم به نظر می‌رسد. در تحقیق امامزاده و همکاران که با هدف بررسی اپیدمیولوژیک سرطان‌های دستگاه گوارش صورت گرفت، مشخص گردید که شیوع این سرطان‌ها در مردان دو برابر زنان است (۱۷). پس این موضوع اهمیت ارتقای این رفتار در مردان را نشان می‌دهد.

در بررسی عملکرد افراد بر اساس عوامل مربوط به تشخیص و پیشگیری، میانگین نمرات آگاهی افراد نیازمند به تست دوره‌ای بیشتر از افراد بی‌نیاز به تست دوره‌ای و دارای اختلاف معنی‌داری بود ($P = ۰/۰۲۶$). اگرچه این افراد

میانگین نمرات آگاهی در شرکت‌کنندگان، ۶۹/۳ درصد به دست آمد که در محدوده متوسط بود. میانگین نمرات نگرش، ۷۳/۹ درصد و در محدوده خوب و میانگین نمرات رفتار، ۳۵/۳ درصد و در محدوده ضعیف قرار داشت.

طبق نتایج مطالعه، میانگین نمرات رفتار افراد با سطح سواد دیپلم، کمتر از گروه زیر دیپلم بود که از نظر آماری معنی‌دار گزارش شد ($P = ۰/۰۴۶$). میانگین نمرات آگاهی، نگرش و رفتار بر حسب جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه فامیلی، ابتلا به بیماری‌های التهابی روده و سطح درآمد از نظر آماری معنی‌دار نبود که با نتایج تحقیق حقیقی و همکاران (۲۰)، هم‌راستا می‌باشد. آن‌ها در پژوهش خود دریافتند که میانگین نمره آگاهی از سرطان و عوامل خطر آن در افراد با سطح تحصیلات بالاتر، بیشتر بود و تفاوت معنی‌داری بر حسب تحصیلات و سابقه ابتلا در بستگان وجود نداشت (۲۰). نتایج مطالعه راجی‌زاده و همکاران که با هدف بررسی آگاهی و نگرش دانشجویان در خصوص نقش تغذیه در ابتلا به سرطان انجام شد، نشان داد که در کل نمره آگاهی و نگرش دانشجویان نزدیک به ۵۰ درصد بود که میانگین قابل قبولی نبود (۲۱) و با یافته‌های تحقیق حاضر همخوانی داشت. در پژوهش Chen و Al-Naggar نیز آگاهی و نگرش ۳۹۶ نفر از دانشجویان در مورد ارتباط تغذیه در پیشگیری از سرطان مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج نشان داد که بیشتر شرکت‌کنندگان آگاهی پایینی نسبت به این موضوع داشتند (۲۲). این یافته‌های مشابه با نتایج بررسی حاضر، تأییدی است بر این امر که با تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب در سطح جامعه، می‌توان مشارکت افراد در برنامه‌های غربالگری سرطان کولورکتال را افزایش داد.

در مطالعه حاضر، ضریب همبستگی متغیرهای سن و سابقه خدمت با آگاهی، نگرش و رفتار مورد سنجش قرار گرفت و مشخص گردید که با افزایش سن و سابقه خدمت، نمره رفتار بهبود یافت که این ارتباط معنی‌دار بود؛ به این معنی که با افزایش سابقه خدمت و سن، نمره رفتار بهبود یافته و رفتار ارتقا پیدا کرده است. با بررسی ضریب همبستگی متغیرهای سن و سابقه خدمت با آگاهی، نگرش و رفتار مشخص شد که سن و سابقه خدمت با آگاهی و نگرش از نظر آماری معنی‌دار نیست و در اصل افزایش سن و سابقه خدمت، ارتقای آگاهی و نگرش را به دنبال نداشته است. در این راستا، تحقیقات فراوانی انجام شده است. به طور مثال، نتایج پژوهش رضوی و همکاران در خصوص بررسی سطح آگاهی و دیدگاه و عملکرد دندان‌پزشکان و دانشجویان سال آخر دندان‌پزشکی نشان داد که ارتباط مثبت و معنی‌داری بین نمره آگاهی و رفتار وجود نداشت؛ به طوری که دندان‌پزشکان تنها ۳۴ درصد نمره قابل قبول آگاهی را کسب کردند و آگاهی دانشجویان دندان‌پزشکی به مراتب بالاتر از دندان‌پزشکان بود (۲۳)؛ اگر چه دندان‌پزشکان سابقه خدمت بالاتری داشتند، اما تنها یک پنجم آن‌ها معاینه سرطان دهان را برای بیماران بالای ۴۰ سال خود انجام می‌دادند و از نظر ارتباط

بار این بیماری در کشور کاست و این سرطان را در مراحل اولیه تشخیص داد و به درمان آن اهتمام ورزید.

از نقاط ضعف مطالعه حاضر این بود که از نوع مقطعی می‌باشد و نمی‌توان از آن رابطه علت و معلولی را استنباط نمود. بهتر است تحقیقات دیگری به منظور بررسی سایر عوامل مرتبط با رفتارهای پیشگیرانه از سرطان در سایر گروه‌های جامعه صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با افزایش سن و سابقه خدمت، رفتار بهبود پیدا می‌کند. این یافته نشان دهنده قابلیت اعتماد مطالعه می‌باشد. همچنین، مشخص گردید که رفتار تغذیه‌ای در بهورزان زن نسبت به بهورزان مرد وضعیت مطلوب‌تری داشت. افراد نیازمند به تست دوره‌ای، از آگاهی بیشتری برخوردار می‌باشند، اما در این خصوص با توجه به نقش بهورزان از نظر نگرش و رفتار، نیاز به اتخاذ سایر سیاست‌های بهداشتی علاوه بر دانش‌افزایی می‌باشد تا بتوان با تغییر عملکرد بهورزان در جهت خدمات‌رسانی بهتر به جمعیت‌های تحت پوشش، مشارکت مردم را در برنامه‌های غربالگری سرطان کولورکتال افزایش داد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره ۳۹۹۱۱۰۰ و کد اخلاقی IR.MUI.RESEARCH.REC.1400.71، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از بهورزان خدمت مراکز بهداشت شماره ۱ و ۲ اصفهان که صمیمانه در اجرای این طرح همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نگرش و عملکرد ضعیف‌تری داشتند، اما این تفاوت معنی‌دار نبود. به نظر می‌رسد افراد نیازمند به تست دوره‌ای نسبت به خطر ابتلا به سرطان، حساسیت و شدت درک شده بالاتری دارند و ممکن است به این دلیل، سعی در یافتن اطلاعات و دانش بالاتری داشته باشند. نتایج پژوهش مقصودلو و همکاران در زمینه آگاهی و اعتقادات بهداشتی کارمندان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در خصوص سرطان کولورکتال و عوامل مرتبط با آن نشان داد که نیمی از افراد آگاهی بالایی از سرطان کولورکتال داشتند. منافع درک شده و حساسیت درک شده به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین را به خود اختصاص داد. با توجه به این که سطح آگاهی حدود نیمی از کارمندان در مورد سرطان کولورکتال ضعیف بود، افزایش آگاهی و بهبود اعتقادات سلامت، کاهش هرچه بیشتر بروز این بیماری را به دنبال خواهد داشت (۲۶) که از این لحاظ با یافته‌های مطالعه حاضر همسو بود. با توجه به اهمیت تشخیص زودرس و غربالگری در سرطان‌ها، تحقیقات زیادی در این رابطه انجام شده است. به طور مثال، رخشانی و همکاران به بررسی رفتار غربالگری سرطان در زنان پرداختند که میانگین نمره رفتار زنان برای شرکت در برنامه غربالگری از نمره متوسط مورد انتظار (۲۰ امتیاز) پایین‌تر بود (۲۷) که با یافته‌های بررسی حاضر مشابهت داشت. خالق‌نژاد و خالق‌نژاد نیز میزان آگاهی، نگرش و رفتار زنان معلم را درباره غربالگری سرطان پستان بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که سطح آگاهی معلمان درباره سرطان پستان و روش‌های غربالگری آن در حد متوسط و نگرش آنان در این باره مثبت است، اما اغلب آنان عملکرد خوبی نداشتند (۲۸). همخوانی این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر تأییدی بر تقویت رفتار غربالگری و تشخیص زودرس سرطان‌ها می‌باشد که در نهایت منجر به مشارکت بهتر و بیشتر در غربالگری سرطان‌ها می‌گردد. با توجه به میانگین سنی پایین‌تر این سرطان در کشور (۵)، می‌توان با برداشتن موانع انجام رفتارهای غربالگری و انجام تسهیلاتی در این خصوص، از

References

1. Alavi Langroodi SM, Fallahzadeh H, Mostafavi F. The effect of education based on health belief model on knowledge and attitude of health care workers towards colon cancer screening in Yazd, Iran. *J Health Syst Res* 2020; 15(3): 177-83. [In Persian].
2. Mahdipour P, Atri M, Naserzadeh H, Hashemi S, Tavousi GR. Cancer-genetics epidemiology and genetics investigation in colorectal carcinomas: Directions towards prevention. *Govaresh* 2001; 6(33-34): 115-9. [In Persian].
3. Esmailnasab N, Taymoori P, Darabi F. Comparison of quality of life 3 and 9 months after surgery in patients with gastrointestinal cancer. *Studies in Medical Sciences* 2013; 24(4): 226-34. [In Persian].
4. Pourfarzi F, Yazdanbod A, Daneshvar R, Saberi SH. Evaluation of effective factors in incidence of colorectal cancer. *J Ardabil Univ Med Sci* 2012; 12(5): 56-64. [In Persian].
5. Biglu MH, Tabatabaie SS. Gastrointestinal cancers in Iran: Iranian scientists approach to gastrointestinal cancers researches in international databases. *Koomesh* 1395; 19(1): 1-9. [In Persian].
6. Malekzadeh R, Riahi Ai, Sajadi AR. Review of gastric cancer in Iran. *Govaresh* 2008; 13(2): 107-12. [In Persian].
7. Safaee A, Moghimi-Dehkordi B, Fatemi SR, Maserat E, Ghafarnejad F, Zali MR. Risk estimation of upper gastrointestinal cancers in people with family history of cancer. *Journal of Knowledge and Health in Basic Medical Science* 2012; 7(2): 16-22. [In Persian].
8. Sayyari AA. Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in Iran. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Health; 2017. p. 54-56. [In Persian].
9. Movahedi M, Bishop T, Barrett J. Association between alcohol, dietary factors and subsites of colorectal cancer: An ecological study. *Yafte* 2006; 8(1): 67-74. [In Persian].
10. De SE, Ronco AL, Boffetta P, Deneo-Pellegrini H, Correa P, Acosta G, et al. Nutrient-derived dietary patterns and risk of colorectal cancer: a factor analysis in Uruguay. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13(1): 231-5.
11. Moshfeghi K, Mohammadbeigi A, Hamedi-Sanani D, Bahrami M. Evaluation the role of nutritional and

- individual factors in colorectal cancer. *Zahedan J Res Med Sci* 2011; 13(4): e93934.
12. Hosseinzadeh A, Daraei A. Environmental factors associated with sporadic colorectal cancer. *J Health Syst Res* 2012; 8(2): 229-36. [In Persian].
 13. Dehganzadeh S, Jafaraghai F, Tabari KR. Relationship between demographic characteristics, lifestyle and exposure to stressor events and colorectal cancer. *Iran J Nurs Res* 2012; 7(24): 6-15. [In Persian].
 14. Michels KB, Edwards G, JSHIPURA KJ, Rosner BA, Stampfer MJ, Fuchs CS, et al. Prospective study of fruit and vegetable consumption and incidence of colon and rectal cancers. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92(21): 1740-52.
 15. Mahmoodi SA, Mirzaie K, Mahmoodi SM. Determining the effective factors in the incidence of gastric cancer by using data mining approach. *Payavard Salamat* 2017; 11(3): 332-41. [In Persian].
 16. Jafari H. Nursing interventions and cares in gastrointestinal cancers. Proceedings of the 8th National Conference on Health Promotion Strategies and Challenges with focus on Cancer; 2019 Dec 21-22; Sari, Iran. [In Persian].
 17. Emamzadeh M, Bayramzadeh M, Ghaznavi M. Epidemiologic study of gastrointestinal cancers, survival mortality rate and risk factors. Proceedings of the 11th university students conference on innovations in health sciences; 2018 May 12; Tehran, Iran. [In Persian].
 18. Alshammari SA, Alenazi HA, Alshammari HS. Knowledge, attitude and practice towards early screening of colorectal cancer in Riyadh. *J Family Med Prim Care* 2020; 9(5): 2273-80.
 19. Norsa'adah B, Aminu AR, Zaidi Z. Validity and reliability of Questionnaire on Knowledge, Attitude and Dietary Practices Related to Colorectal Cancer. *Malays J Med Sci* 2020; 27(1): 115-23.
 20. Haghghi F, Portaghal P, Rafaty JL, Ghanbarzadeh N, Hosseini SM. Knowledge, attitude, and practice of female teachers regarding breast cancer screening in Birjand. *Modern Care* 2012; 9(2): 146-55. [In Persian].
 21. Rajizadeh A, Khajeh Z, Asadi M, Kermanian S, Rigi S, Mozaffari-khosravi H. The study of knowledge and attitude Status of students in Yazd University of Medical Sciences about the Role of Nutrition in Cancer 2014. *Teb Tazkiyeh* 2016; 25: 137-46. [In Persian].
 22. Al-Naggar RA, Chen R. Nutrition and cancer prevention: Knowledge, attitudes and practices among young Malaysians. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011; 12(3): 691-4.
 23. Razavi SM, Zolfaghari B, Tahani B, Doost ME, Forohande M. Senior students' and Dentists' knowledge, attitude and practice regarding oral cancer examination in Isfahan, Iran in 2011. *J Dent Med Tehran Univ Med Sci* 2014; 27(1): 61-70. [In Persian].
 24. Rezaeian M, Tabatabaei Z, Naeimi R, Esmaili A, Jamali M, VaziriNejad R, et al. Knowledge, attitude and practice of Rafsanjan male pensioners towards prevention of prostate cancer in the year 2006. *Intern Med Today* 2007; 12(4): 19-25. [In Persian].
 25. Baba Pour N, Nasiri R, Mir Rajae AS. Evaluation of the knowledge, attitude and performance of female personnels of Mashhad Azad university hospitas about breast cancer. *J Med Sci* 2014; 4(1): 1-22. [In Persian].
 26. Magsoudlou M, Rakhshanderou S, Pourhoseingholi MA, Ghaffari M. Knowledge and health beliefs of staff of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, on colorectal cancer and related factors: A cross-sectional research based on health belief model. *J Health Syst Res* 2021; 16(4): 272-8. [In Persian].
 27. Rakhshani T, Asadi ZS, Taravatmanesh S, Kashfi SM, Ebrahimi MR. Study of the Women's breast cancer screening behavior in Shiraz, 2016. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 21(8): 39-46. [In Persian].
 28. Khaleghnezhad TN, Khaleghnezhad TA. The assessment of knowledge, attitude and behavior towards breast cancer screening methods among female teachers in Tehran. *Iran J Surg* 2008; 16(1): 46-54. [In Persian].