

دانشور

پزشکی

تأثیر برنامه آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط با سرطان معده در زنان خانه‌دار شهر اصفهان

نویسندگان: معصومه علیدوستی^۱، دکتر غلامرضا شریفی‌راد^۲، زینب همتی^۳، معصومه دل آرام^۴، آرش نجیمی^۵، الهه توسلی^۶

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد، شهرکرد، ایران
 ۲. استاد، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۳. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد، شهرکرد، ایران
 ۴. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد، شهرکرد، ایران
 ۵. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۶. دانشجوی دکتری، آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- *نویسنده مسئول: معصومه دل آرام
Email: Masoumehdelaram@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: تدوین برنامه‌های آموزشی درباره پیشگیری از بیماری‌هایی مانند سرطان از ضرورت‌های بهداشتی است. با توجه به میزان بروز بالا و مرگ‌زایی سرطان معده در ایران و اینکه در حال حاضر، غربالگری این بیماری، مشکل و پرهزینه است، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط با سرطان معده در زنان خانه‌دار شهر اصفهان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی، ۸۴ زن خانه‌دار از شهر اصفهان به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم‌بندی شدند. قبل از اجرای برنامه آموزشی، هر دو گروه بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، پرسش‌نامه محقق‌ساخته پایا و روا را تکمیل کردند؛ سپس افراد گروه آزمون، آموزش‌هایی درباره رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط با سرطان معده را به صورت سخنرانی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ در چهار جلسه دریافت کردند و هر دو گروه، دو ماه بعد از آموزش به طور مجدد، پرسش‌نامه را تکمیل کردند. داده‌های به دست آمده با نرم افزار SPSS₁₈ و آزمون‌های آماری Paired T-test، Mann-Whitney و t مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد بررسی در گروه آزمون $34/11 \pm 6/23$ و در گروه شاهد $34/21 \pm 6/5$ بود و دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک تفاوتی معنی‌دار با یکدیگر نداشتند. بین میانگین نمرات آگاهی، حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده و خودکارآمدی درک‌شده و عملکرد در گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله اختلاف معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$)؛ اما بعد از مداخله، این اختلاف معنی‌دار بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، سبب افزایش آگاهی، بهبود نگرش و عملکرد زنان خانه‌دار در زمینه رعایت نکات تغذیه‌ای پیشگیری‌کننده از سرطان معده شد. واژگان کلیدی: آموزش، تغذیه، زنان خانه‌دار، سرطان معده، مدل اعتقاد بهداشتی

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال هیجدهم - شماره ۹۴
شهریور ۱۳۹۰

دریافت: ۱۳۹۰/۲/۲۲
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۰/۴/۲۷
پذیرش: ۱۳۹۰/۵/۲۹

مقدمه

سرطان معده بیماری‌ای است که علائم اولیه آن، مبهم و نامشخص بوده، دیر علامت‌داده، به سرعت هم به ارگان‌های دور و نزدیک خود دست‌اندازی می‌کند. دو مسئله تهاجمی بودن و نداشتن علائم بالینی مشخص، غیرقابل درمان بودن آن را سبب شده که اغلب بیماران در زمان مراجعه در مرحله پیشرفته بیماری قراردارند (۱ و ۲). در مقایسه با سایر سرطان‌ها، این بیماری هم از نظر پیش‌آگهی و هم از نظر میزان بقا ۵ ساله وضعیت وخیم‌تری دارد (۳). بر اساس گزارش انستیتو سرطان و مرکز مبارزه با بیماری‌های وزارت درمان و آموزش پزشکی، سرطان معده در مردان، رتبه یک و در زنان ایرانی رتبه سه را دارد، اما در گزارش سازمان جهانی سرطان، این بدخیمی در جهان، دومین سرطان مردان و ششمین سرطان زنان است (۴).

با کاهش بروز سرطان معده در برخی از نقاط دنیا در نتیجه اصلاح رژیم غذایی و روش‌های آماده‌سازی غذا، (۵) عوامل خطری که اغلب، رفتاری و تغذیه‌ای هستند، در ایجاد آن مطرح شده‌اند (۶). در مطالعات نشان‌داده شده که نوعی تماس محیطی در ایجاد آن نقش دارد و در این مورد، سرطان‌زاهای غذایی را محتمل‌ترین عامل یا عوامل می‌دانند (۷). با توجه به اینکه تاکنون راهکاری مشخص برای غربالگری و تشخیص زودرس سرطان معده ارائه نشده است (۸) و تغییر در روش زندگی و عادات غذایی در الگوی بیماری مؤثر است (۴)، لزوم آموزش به مردم درباره رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط با سرطان معده دوچندان احساس می‌شود.

افراد و جوامع برای شناخت و عمل به شیوه‌های درست زندگی و پرهیز از بیماری‌ها، به آموزش رفتارهای صحیح نیازمند هستند و در این راستا نقش آموزش بهداشت، کلیدی است (۹). افزایش اثربخشی آموزش بهداشت به استفاده مناسب از نظریه‌ها و الگوها

بستگی دارد (۱۰). با افزایش دانش تغذیه‌ای می‌توان از شیوع بالای سرطان معده پیشگیری کرد (۱۱). الگوی اعتقاد بهداشتی^۱ از جمله الگوهایی است که برای آموزش رژیم غذایی به کار می‌رود؛ با این الگو می‌توان مداخلات آموزشی را به منظور پیشگیری از بیماری‌ها طراحی و اجرا کرد (۱۲). از مزیت‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، وجود سازه‌هایی است که ابعاد مهم تغییر رفتار را مورد توجه قرار می‌دهند (۱۳)، سازه‌های این الگو، حساسیت درک‌شده^۲، شدت درک‌شده^۳، منافع درک‌شده^۴، موانع درک‌شده^۵، خودکارآمدی درک‌شده^۶ و راهنما به عمل^۷ را شامل می‌شوند (۱۵).

با توجه به شیوع سرطان معده در سنین بالا و مبهم و نامشخص بودن علائم آن (۷)، خطری از طرف مردم چندان احساس نمی‌شود و اغلب باور ندارند که ممکن است خودشان هم در معرض خطر باشند با استفاده از الگو اعتقاد بهداشتی، فرد به سمتی هدایت می‌شود که آسیب‌پذیری خود را نسبت به بیماری درک‌کند و رفتارهای کاهش‌دهنده خطر را به کارگیرد (۱۴). با به-کارگیری این الگو، برای اتخاذ رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط با سرطان معده، افراد نخست در برابر مسئله احساس خطر کرده (جزء حساسیت درک‌شده)، سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض آن را درک می‌کنند (شدت درک‌شده)؛ مفید بودن رفتارهای تغذیه‌ای را باور کرده (منافع درک‌شده)، همچنین عوامل بازدارنده اقدام به رفتار را قابل تغییر می‌دانند (موانع درک‌شده) و باور می‌کنند که توانایی انجام رفتارهای تغذیه‌ای را دارند (خودکارآمدی درک‌شده) و درصدد رعایت رفتارهای تغذیه‌ای خواهند بود. نظر به آنچه گفته شد و از آنجاکه تغذیه تمام افراد خانواده از جمله مردان که سرطان معده در آنها شایع‌تر است، بیشتر با خانه ارتباط دارد و داشتن رفتارهای تغذیه‌ای صحیح و اصلاح الگوی غذایی از دوران کودکی یا اوایل بزرگسالی اهمیتی بالا برای

پیشگیری از بیماری‌ها دارد (۱۶)، لذا این پژوهش با هدف «تعیین تأثیر برنامه آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط با سرطان معده در زنان خانه‌دار شهر اصفهان» انجام شد. به این امید که نتایج حاصل، گامی در راه ارتقای سلامت جامعه باشد و برنامه‌های آموزشی برای مردم به منظور پیشگیری از بیماری‌های شایع، از جمله سرطان‌ها تدوین شود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه نیمه تجربی که در سال ۸۹-۱۳۸۸ انجام شد، فهرست کلیه مراکز بهداشتی-درمانی شهر اصفهان تهیه و به طور تصادفی دو مرکز: یکی در مقام آزمون و دیگری در جایگاه شاهد انتخاب شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: زنان ۱۸ تا ۶۰ سال، خانه‌دار، تحت پوشش مرکز، دارای سواد و دارای شماره تلفن مشخص به منظور پیگیری؛ معیارهای خروج، عدم تمایل به شرکت در مطالعه، تغییر مرکز تحت پوشش را شامل می‌شوند. با تماس تلفنی، از افراد به منظور شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. شرکت افراد در پژوهش، منوط به کسب رضایت از آنان بود و به هر یک از افراد درباره محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده اطمینان داده شد. نمونه‌ها در دو مرکز آزمون و شاهد از نظر شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و عدم ابتلای بستگان به سرطان معده همسان‌سازی گروهی شدند. بر اساس فرمول حجم نمونه به ۳۲ نفر در هر گروه نیاز بود که به دلیل احتمال ریزش نمونه‌ها در هر مرکز با حدود ۵۸ نفر تماس گرفته شده که ۴۸ نفر در مرکز آزمون و ۴۹ نفر در مرکز شاهد برای شرکت در مطالعه داوطلب شدند؛ در ادامه، افرادی به دلایل گوناگون حاضر به پیگیری نشدند و در هر گروه، ۴۲ نفر تا آخر مطالعه همکاری کردند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه محقق ساخته بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بود که از طریق مطالعه

کتب علمی، مقالات متعدد و مطالب منتشر شده از طرف مرکز تحقیقات سرطان کشور و مرکز مدیریت بیماری-های وزارت بهداشت به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، طراحی شد و پرسش‌هایی درباره افراد گروه-های آزمون و شاهد در دو مرحله قبل از آموزش و دو ماه بعد از آموزش، آنها را تکمیل کردند. این پرسش‌نامه چندقسمتی و شامل ۷ پرسش مربوط به اطلاعات دموگرافیک، ۲۳ پرسش مربوط به سنجش آگاهی، ۳۸ پرسش ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده «۱۷ پرسش»، شدت درک شده «۵ پرسش»، منافع درک شده «۴ پرسش»، موانع درک شده «۶ پرسش»، خودکارآمدی درک شده «۶ پرسش» و ۲۰ پرسش برای سنجش عملکرد بود. برای نمره‌دهی در پرسش‌های آگاهی، پاسخ صحیح نمره ۱ و پاسخ‌های غلط یا نمی-دانم نمره ۰ (صفر) را به خود اختصاص داد (حداکثر نمره ۲۳)، برای پرسش‌های ابعاد مختلف الگوی اعتقاد بهداشتی که در مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای (از به طور کامل موافقم تا به طور کامل مخالفم) بودند نمره‌گذاری از ۰ تا ۴ و برای پرسش‌های عملکرد که به صورت خود-گزارش‌دهی و ۴ گزینه‌ای (خیر، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و همیشه) بود، نمره‌دهی از ۰ تا ۳ در نظر گرفته شد؛ در نهایت نمرات تمام قسمت‌ها (آگاهی، ابعاد الگو، عملکرد) به درصد تبدیل شدند و کمترین نمره ۰ و بیشترین نمره ۱۰۰ در نظر گرفته شد. برای تعیین روایی علمی ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ها را ۷ نفر از استادان متخصص در زمینه آموزش بهداشت و تغذیه بررسی و نظرهای آنان اعمال شد و برای تعیین وضوح پرسش‌ها، پرسش‌نامه در اختیار ۱۵ نفر از زنان خانه‌دار منفک از نمونه‌های مورد مطالعه، قرار داده شد و از نظر قابل فهم و واضح بودن، مطالب تک تک پرسش‌ها بررسی و اصلاح‌های لازم انجام شد. برای تعیین پایایی ابزار، ۳۰ نفر از اعضای جامعه مورد پژوهش که در مراحل مطالعه

صورت پرسش و پاسخ دربارهٔ مضرات مصرف زیاد غذاهای سرخ‌کرده، کنسروی، فست‌فودها و نمک زیاد و در مقابل آن، مصرف کم میوه‌ها، سبزیجات، حبوبات و لبنیات که فرد را برای ابتلا به سرطان معده مستعد می‌کند، نکاتی بیان شد؛ سپس افراد راجع به منافع و مزایای رعایت نکات تغذیه‌ای مرتبط با سرطان معده که «بهبود عملکرد دستگاه گوارش، ایجاد اعتماد به نفس بیشتر راجع به حفظ سلامت، پیشگیری از سرطان‌های دیگر و به صرفه بودن از نظر اقتصادی را در برمی‌گرفت»، به مدت ۲۰ دقیقه بحث گروهی داشتند؛ ۵ دقیقه آموزش‌دهنده (پژوهشگر) هم به جمع‌بندی مطالب پرداخت؛ در جلسه سوم با روش بارش افکار به منظور فعال کردن فراگیران در امر آموزش، تمام عواملی که از سوی افراد مورد پژوهش به عنوان مانعی در رعایت نکات تغذیه‌ای مطرح بود بررسی و راهکارهایی ارائه شد؛ سپس افراد با روش بحث گروهی دربارهٔ اینکه، می‌توانند مواد غذایی ایجاد کننده و پیشگیری کننده از سرطان معده را تشخیص دهند، دیگران را از عوامل مسبب سرطان معده آگاه کنند و خود این توانایی را دارند که نکات تغذیه‌ای را رعایت کنند، به تبادل نظر پرداختند و به این ترتیب، ۲۰ دقیقه پایانی جلسه بر افزایش خودکارآمدی افراد متمرکز شد؛ جلسه آخر، توجه بر عملکرد بود؛ از زنان خانه‌دار خواسته شده تا خارج از جلسه آموزشی هریک به پخت یک نوع غذای سالم با توجه به مطالب ارائه شده اقدام کنند و مسابقه‌ای به منظور تشویق این عمل برپا شود و به نظرمی رسید تأثیری بسزا در افزایش انگیزهٔ مادران برای بهبود عملکردشان داشت. با ارائه یک کتابچه و دو پمفلت آموزشی محقق ساخته به تمامی افراد گروه آزمون، به صورت غیرمستقیم هم آموزش داده شد؛ دو ماه بعد از اجرای برنامه آموزشی، دوباره همان دو گروه، همان پرسش‌نامه را تکمیل کردند؛ سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS₁₈ مورد تجزیه و تحلیل شدند. برای مقایسه

شرکت‌نداشتند پرسش‌نامه را تکمیل کردند و با استفاده از روش همسانی درونی، آلفا کرونباخ هر قسمت به این شرح به دست آمد: برای پرسش‌های آگاهی $a=0/78$ ، پرسش‌های حساسیت درک شده $a=0/83$ ، شدت درک شده $a=0/84$ ، منافع درک شده $a=0/74$ ، موانع درک شده $a=0/76$ ، خودکارآمدی درک شده $a=0/81$ و عملکرد $a=0/76$.

پس از تکمیل پرسش‌نامه توسط دو گروه، برنامه آموزشی بر اساس نتایج حاصل از پیش‌آزمون و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی با هدف مشخص، محتوای علمی معتبر و مواد آموزشی متناسب طراحی شد. پژوهشگر مداخله آموزشی را برای گروه آزمون به صورت مستقیم و با استفاده از روش سخنرانی، روش‌های مشارکتی و فعال‌سازی توأم با پرسش و پاسخ، بحث گروهی و بارش افکار اجرا کرد؛ ابتدا افراد گروه آزمون به دو گروه مساوی تقسیم شدند و برنامه آموزشی (۴ جلسه آموزشی ۴۰ تا ۵۰ دقیقه‌ای طی ساعات ۹ تا ۱۰ و ۱۰ تا ۱۰ صبح) برای هر گروه با هماهنگی مسئول مرکز آزمون در سالن جلسات رابطان اجرا شد؛ در جلسه اول، ابتدا به دلیل اطلاعات کم بیشتر افراد از روش سخنرانی استفاده شد و حدود ۱۵ دقیقه مطالبی دربارهٔ سرطان معده، علل ایجادکننده، عوامل مؤثر در کاهش خطر ابتلا، غذاهای مضر و مفید مرتبط با سرطان معده همراه با نمایش اسلاید ارائه شد؛ در این جلسه از شخصی که پدرش به علت سرطان معده فوت کرده بود دعوت کرده بودیم که به دلیل لمس موضوع از نزدیک، به مدت ۱۵ دقیقه دربارهٔ شدت عوارض سرطان معده صحبت کند؛ سپس با توجه به نظریهٔ آموزشی بزرگسالان که بحث و تبادل نظر آزادانه را از ملزومات آموزش می‌داند، افراد گروه، حدود ۲۰ دقیقه راجع به مشکلات آشنایان مبتلا به سرطان معده و سرانجام آنان بحث و تبادل نظر داشتند؛ در جلسه دوم به مدت ۲۰ دقیقه به-

داشتند و تفاوت دو گروه، معنی‌دار نبود. ۸۳/۳ درصد افراد گروه آزمون و ۸۵/۷ درصد از گروه شاهد، هیچ نوع سابقه آموزش رژیم غذایی نداشتند و آزمون کای اسکوئر نشان‌داد که در این زمینه، میان گروه آزمون و شاهد تفاوتی معنی‌دار وجود ندارد ($p=0/763$)؛ همچنین در زمینه سابقه سرطان در فامیل، میان گروه آزمون و شاهد تفاوتی معنادار مشاهده‌نشد ($p=0/776$).

مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش (حساسیت، شدت، موانع، منافع و خودکارآمدی درک‌شده) و عملکرد افراد، قبل و بعد از آموزش در دو گروه در جدول شماره ۱ ارائه‌شده، نشان‌می‌دهد که تفاوتی معنی‌دار در میانگین نمرات قبل و بعد از آموزش در گروه شاهد وجود ندارد؛ اما این تفاوت در گروه آزمون معنی‌دار است ($p<0/001$).

میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی قبل از مداخله و دو ماه بعد از آن در هر گروه از آزمون تی زوج، برای مقایسه میانگین نمرات میان دو گروه در یک زمان از آزمون تی مستقل، برای مقایسه سطح تحصیلات زنان در دو گروه از آزمون من ویتنی و برای مقایسه میانگین سن افراد مورد بررسی در دو گروه از آزمون تی مستقل، برای مقایسه سابقه سرطان در فامیل و سابقه آموزش رژیم غذایی از آزمون کای اسکوئر استفاده‌شد و میزان از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته‌شد. ($p<0/05$)

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سنی افراد مورد بررسی در گروه آزمون $34/11 \pm 6/23$ و در گروه شاهد $34/21 \pm 6/5$ بود و تفاوتی معنی‌دار میان دو گروه وجود نداشت. حدود ۵۷ درصد افراد در گروه آزمون و ۵۵ درصد در گروه شاهد و ۴۳ درصد همسران گروه آزمون و ۴۵ درصد همسران گروه شاهد، تحصیلات متوسطه

جدول شماره ۱. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی در گروه آزمون و شاهد، قبل و بعد از آموزش

P	دو ماه بعد از آموزش	قبل از آموزش	گروه	متغیر
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین		
$p=0/53$	$37/11 \pm 18/98$	$36/69 \pm 17/94$	شاهد	آگاهی
$p<0/001$	$87/95 \pm 6/48$	$36/13 \pm 17/31$	مورد	
$p=0/39$	$38/81 \pm 7/93$	$38/43 \pm 8/64$	شاهد	حساسیت درک‌شده
$p<0/001$	$82/05 \pm 6/58$	$37/96 \pm 6/89$	مورد	
$p=0/82$	$67/50 \pm 9/83$	$67/26 \pm 12/64$	شاهد	شدت درک‌شده
$p<0/001$	$88/92 \pm 5/89$	$66/90 \pm 10/05$	مورد	
$p=0/89$	$47/32 \pm 10/06$	$47/17 \pm 11/14$	شاهد	منافع درک‌شده
$p<0/001$	$70/53 \pm 9/98$	$47/61 \pm 12/57$	مورد	
$p=0/17$	$69/04 \pm 8/03$	$70/63 \pm 8/77$	شاهد	موانع درک‌شده
$p<0/001$	$36/50 \pm 8/91$	$69/24 \pm 8/92$	مورد	
$p=0/1$	$32/73 \pm 7/17$	$32/26 \pm 7/0$	شاهد	خودکارآمدی درک‌شده
$p<0/001$	$72/38 \pm 11/48$	$31/66 \pm 6/40$	مورد	
$p=0/1$	$41/74 \pm 8/07$	$41/37 \pm 8/04$	شاهد	عملکرد
$p<0/001$	$74/81 \pm 6/68$	$40 \pm 5/48$	مورد	

جدول شماره ۲. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی گروه مورد با شاهد قبل و بعد از آموزش

P	مورد		زمان آزمون	متغیر
	انحراف معیار ± میانگین	شاهد		
p=۰/۸۸	۳۶/۱۳±۱۷/۳۱	۳۶/۶۹±۱۷/۹۴	قبل از آموزش	آگاهی
p<۰/۰۰۱	۸۷/۹۵±۶/۴۸	۳۷/۱۱±۱۸/۹۸	بعد از آموزش	
p=۰/۷۸	۳۷/۹۶±۶/۸۹	۳۸/۴۳±۸/۶۴	قبل از آموزش	حساسیت درک‌شده
p<۰/۰۰۱	۸۲/۰۵±۶/۵۸	۳۸/۸۱±۷/۹۳	بعد از آموزش	
p=۰/۸۸	۶۶/۹۰±۱۰/۰۵	۶۷/۲۶±۱۲/۶۴	قبل از آموزش	شدت درک‌شده
p<۰/۰۰۱	۸۸/۹۲±۵/۸۹	۶۷/۵۰±۹/۸۳	بعد از آموزش	
p=۰/۸۶	۴۷/۶۱±۱۲/۵۷	۴۷/۱۷±۱۱/۱۴	قبل از آموزش	منافع درک‌شده
p<۰/۰۰۱	۷۰/۵۳±۹/۹۸	۴۷/۳۲±۱۰/۰۶	بعد از آموزش	
p=۰/۴۷	۶۹/۲۴±۸/۹۲	۷۰/۶۳±۸/۷۷	قبل از آموزش	موانع درک‌شده
p<۰/۰۰۱	۳۶/۵۰±۸/۹۱	۶۹/۰۴±۸/۰۳	بعد از آموزش	
p=۰/۶۸	۳۱/۶۶±۶/۴۰	۳۲/۲۶±۷/۰	قبل از آموزش	خودکارآمدی درک‌شده
p<۰/۰۰۱	۷۲/۳۸±۱۱/۴۸	۳۲/۷۳±۷/۱۷	بعد از آموزش	
p=۰/۳۶	۴۰±۵/۴۸	۴۱/۳۷±۸/۰۴	قبل از آموزش	عملکرد
p<۰/۰۰۱	۷۴/۸۱±۶/۶۸	۴۱/۷۴±۸/۰۷	بعد از آموزش	

دربارۀ سرطان معده و آموزش درباره عوامل خطر آن، اهمیتی بالا دارد. نتایج این مطالعه نشان‌داد سطح آگاهی هر دو گروه، قبل از انجام مداخله پایین بود. دلیل کمبود آگاهی‌های عمومی در این خصوص را می‌توان با نبودن تبلیغات از سوی رسانه‌های گروهی، عدم برگزاری جلسات مرتبط از طرف مسئولان بهداشتی و اهمیت- ندادن به مسائل پیشگیری و تمرکز بر درمان مرتبط دانست؛ اما بعد از آموزش، میانگین نمرۀ آگاهی گروه آزمون، افزایشی معنی‌دار یافت؛ این یافته‌ها مشابه نتایج سایر تحقیقات انجام‌شده از جمله مطالعه معطری (۱۷)، مظلومی (۱۸)، غفاری (۱۹) و گامیگ (۲۰) است، در این مطالعات هم، بیشتر واحدهای مورد پژوهش قبل از آموزش، میزان آگاهی پایین یا متوسطی داشتند اما بعد از آموزش میزان آگاهی افزایش یافته و بیشتر افراد آموزش‌دیده از آگاهی بالایی بهره‌مند شدند. نتایج مطالعه پارک (۲۱) در زمینه سرطان دهانه رحم، نشان‌داد

همان‌طورکه در جدول شماره ۲ دیده‌می‌شود، میانگین نمرات آگاهی، نگرش (حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، موانع درک‌شده، منافع درک‌شده و خودکارآمدی درک‌شده) و عملکرد دو گروه قبل از آموزش، تفاوتی معنادار با هم ندارد؛ اما این تفاوت، دو ماه بعد از آموزش معنی‌دار شد ($p<۰/۰۰۱$).

بحث

مطالعه حاضر در نوع خود، اولین مطالعه درباره سرطان معده است و نتایج نشان‌داد که به‌کاربردن الگوی اعتقاد بهداشتی در آموزش رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط با سرطان معده به افزایش سطح آگاهی و عملکرد تغذیه‌ای زنان خانه‌دار منجر می‌شود. آمادگی مردم برای عمل کردن به شیوه‌های درست زندگی برای اجتناب از بیماری به شکل‌دادن رفتار نیاز دارد و بالابردن آگاهی مردم، قدم اولیه در ایجاد رفتار صحیح است. افزایش آگاهی مردم

درباره میانگین نمره شدت درک شده قبل از مداخله، دو گروه وضعیتی مشابه داشتند و واحدهای مورد پژوهش، نگرشی مطلوب راجع به خطرناکی و لاعلاج- بودن سرطان معده داشتند؛ این بخش، پس از آموزش در گروه آزمون، افزایش معنی دار یافت، بدین معنی که افراد این گروه به خطرهای عدم رعایت نکات تغذیه‌ای پی برده، بیشتر درک کردند که در صورت عدم رعایت در معرض خطر جدی قرار می‌گیرند. نتایج مطالعه غفاری (۱۹) و شریفی‌راد (۲۴) نیز با مطالعه حاضر هم‌راستا است در این مطالعات نیز، میانگین نمره شدت درک شده قبل از مداخله در دو گروه تفاوتی معنی دار نداشت و بعد از مداخله آموزشی در بیماران گروه آزمون افزایش- یافت و میان دو گروه آزمون و شاهد اختلافی معنی دار پیدا شد؛ اما نتایج مطالعه پارک (۲۱) با مطالعه حاضر متفاوت بوده، نشان می‌دهد که بعد از مداخله آموزشی میان دو گروه از نظر شدت درک شده تفاوتی معنی دار ایجاد نشد، چون قبل از مداخله نیز، نمره شدت درک- شده هر دو گروه درباره سرطان دهانه رحم بالا بود؛ در مطالعه کلیر (۲۲) هم نتایج نشان داده‌است که میانگین نمره شدت درک شده، حتی بدون آموزش هم در حد بالایی بوده، سرطان پروستات را بیماری سخت و کشنده‌ای می‌دانستند؛ همان‌طور که در مطالعه ما نیز میانگین نمره شدت درک شده در هر دو گروه قبل از مداخله در حد بالایی بود، این مطلب می‌تواند به این دلیل باشد که همواره در جامعه از سرطان با نام یک بیماری غیرقابل درمان یاد می‌شود.

یافته‌ها درباره موانع درک شده نشان داد که میان میانگین نمره موانع درک شده گروه آزمون و شاهد بعد از آموزش، تفاوتی معنی دار وجود دارد به طوری که این میزان در گروه آزمون کاهش یافته بود. با شناخت غذاهای مضر و مفید مرتبط با سرطان معده مانع عدم آگاهی، حذف شد و با افزایش دانش، زنان توانستند اعضای

بعد از مداخله آموزشی میان دو گروه آزمون و شاهد از نظر آگاهی تفاوتی معنی دار ایجاد شد و گروه آزمون بعد از مداخله آموزشی آگاهی‌شان افزایش معنی دار یافت. در مطالعه کلیر (۲۲) که با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی وضعیت مردان جامائیکایی و هائیتیایی را درباره سرطان پروستات بررسی کرده بود، نتایج نشان داد که بدون آموزش، آگاهی مردان هائیتیایی در سطح پایین تا متوسط قرار دارد.

یافته‌هایی راجع به حساسیت درک شده، حاکی از آن بود که قبل از مداخله آموزشی، بیشتر افراد، خود را چندان در معرض خطر سرطان معده نمی‌دیدند؛ این مسئله دقت و حساسیت در رفتار افراد را تحت تأثیر قرار داده، نشان می‌دهد که اگر فرد نسبت به مسئله‌ای حساس بوده، معتقد باشد که عدم رعایت یک سری مسائل می‌تواند او را به بیماری مبتلا کند، با انگیزه بیشتری، رفتار بهداشتی را رعایت می‌کند. در مطالعه معطری (۱۷)، غفاری (۱۹)، هزاوه‌ای (۲۳) و کلیر (۲۲) نیز میانگین نمره حساسیت درک شده قبل از مداخله پایین و بعد از مداخله آموزشی، افزایش معنی دار داشت؛ اما مطالعه پارک (۲۱) نتایجی متفاوت را نشان- می‌دهد و حاکی از آن است که بعد از مداخله آموزشی میان دو گروه آزمون و شاهد از نظر حساسیت درک شده تفاوتی معنی دار ایجاد نشده‌است و به احتمال، چون نام سرطان، خود سبب حساسیت می‌شود، از ابتدا میزان حساسیت افراد بالا بوده‌است. در مطالعه شریفی‌راد (۲۴) نیز، نتایج نشان داد میانگین نمره حساسیت درک شده قبل از مداخله در دو گروه، تفاوتی معنی دار نداشت بعد از مداخله آموزشی در هر دو گروه مداخله افزایش یافت و میان دو گروه مداخله و شاهد، اختلافی معنی دار پیدا شد، بدین معنی که بیماران گروه مداخله با افزایش حساسیت درک شده، خود را در معرض خطر عدم رعایت رژیم غذایی می‌دیدند.

خانواده را در زمینه خطرهای مربوط به مواد غذایی مضر توجیه کنند و با کاهش مصرف نمک به مرور زمان، به ترتیب، موانع عدم اختیار در انتخاب غذا و بی‌مزه شدن غذا را از میان بردارند. در مطالعه غفاری (۱۹)، *هزاوه‌ای* (۲۳) و *شریفی‌راد* (۲۴) هم بعد از مداخله آموزشی، کاهش معنی‌دار در میانگین نمره موانع درک‌شده گروه آزمون به وجود آمد و این افراد، پس از آموزش موانعی کمتر را در رعایت رفتار موردنظر درک کردند؛ در مطالعه پارک (۲۱) هم میانگین نمره موانع درک‌شده قبل از مداخله در دو گروه، تفاوتی معنی‌دار نداشت اما پس از مداخله، اختلاف معنی‌دار شد و موانع شناختی به‌طور معنی‌دار در گروه آزمون کم‌شده بود.

میان میانگین نمره منافع درک‌شده گروه آزمون و شاهد بعد از آموزش، اختلافی معنی‌دار وجود داشت، به طوری که افراد گروه آزمون به درک بیشتری از مزایای رعایت نکات تغذیه‌ای رسیدند؛ مواردی مانند «بهبود عملکرد دستگاه گوارش، ایجاد اعتماد به نفس بیشتر درباره حفظ سلامت خود، پیشگیری از سرطان‌های دیگر مانند سرطان سینه و به‌صرفه‌بودن استفاده از میوه و لبنیات از نظر اقتصادی و در کل، نگرشی موافق‌تر نسبت به رعایت رژیم غذایی به‌دست آوردند. باید توجه داشت که درک شخص از منافع، مسیر اقدام را هموارتر می‌سازد و رابطه‌ای قوی میان منافع درک‌شده و اتخاذ رفتار پیشگیری‌کننده گزارش شده است (۱۴)؛ در مطالعات مختلف هم نشان داده شده که بعد از مداخله آموزشی میان دو گروه آزمون و شاهد از نظر منافع درک‌شده تفاوتی معنی‌دار ایجاد شد و میانگین نمره منافع درک‌شده در گروه آزمون افزایش یافته است (غفاری (۱۹)، پارک (۲۱)، *شریفی‌راد* (۲۴) و مطالعه *آوکی* (۲۵)؛ در مطالعه *آبود* (۲۶) هم نتایج نشان داد که منافع درک‌شده در خصوص عملکرد تغذیه‌ای مناسب در گروه آزمون به‌طور عمده افزایش یافته بود.

میانگین نمره خودکارآمدی درک‌شده نیز بعد از مداخله آموزشی در گروه آزمون، افزایشی معنادار یافت، به‌گونه‌ای که درک زنان از اینکه می‌توانند مواد غذایی ایجادکننده و پیشگیری‌کننده از سرطان معده را تشخیص داده، دیگران را از عوامل مسبب سرطان معده آگاه کنند و خود این توانایی را دارند که نکات تغذیه‌ای را رعایت کنند، افزایش یافته بود؛ در مطالعه پارک (۲۱) هم بعد از مداخله آموزشی، میزان خودکارآمدی در گروه آزمون افزایش یافته بود.

در زمینه عملکرد زنان خانه‌دار، نتایج نشان داد که بعد از آموزش در گروه آزمون، میزان مصرف میوه، سبزیجات و لبنیات افزایش یافته، مصرف ترشیجات و شوربجات در سبب غذایی خانواده کاهش یافته است و نکاتی مانند عدم استفاده از کنسروها، سوسیس، کالباس، نمک زیاد و استفاده بیشتر از حبوبات در پخت غذاهایی مانند برنج و انتخاب روش پخت آب‌پز و بخارپز به جای روش سرخ کردن از سوی زنان خانه‌دار بیشتر رعایت شد؛ در کل، عملکرد افراد گروه آزمون بعد از مداخله آموزشی به‌طور معناداری ارتقا یافت؛ در مطالعه *مظلومی* (۱۸) هم بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمره عملکرد از ۱۵/۱۱ به ۱۷/۳۶ (از کل ۲۲ نمره) افزایش یافته بود و گفته شده که به احتمال، علت عملکرد ناکافی زنان قبل از مداخله آموزشی، پایین بودن سطح آگاهی آنان و عدم اطلاع از ضرورت انجام آن بوده است؛ در مطالعه *غفاری* (۱۹) و *شریفی‌راد* (۲۴) هم قبل از مداخله آموزشی، اختلافی معنی‌دار در میزان عملکرد تغذیه‌ای دو گروه دیده نشد و عملکرد تغذیه‌ای هر دو گروه، قبل از مداخله در وضعیت مشابهی بود اما بعد از مداخله میانگین نمرات عملکرد تغذیه‌ای در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد، افزایشی معنی‌دار یافت و نشان داد که به کاربردن الگوی اعتقاد بهداشتی در آموزش رژیم غذایی به افزایش سطح آگاهی و عملکرد تغذیه‌ای منجر شده-

زمینه افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد زنان را فراهم آورد.

تشکر و قدردانی

در آخر از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که منابع مالی این طرح را به شماره ۳۸۸۴۲۰ تأمین کردند، مسئولان مراکز بهداشتی شهر اصفهان و زنان خانه‌داری که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند تشکر و قدردانی کنیم.

است؛ در مطالعه پارک (۲۱) و هان (۲۷) نیز بهبود عملکرد پس از آموزش گزارش شده است؛ آبود (۲۵) هم در پژوهش خود نشان داد که عملکرد تغذیه‌ای افراد گروه مورد بعد از آموزش، افزایش یافته است و آنان به طور عمده، میزان جذب کالری، چربی اشباع شده و کلسترول را کاهش داده‌اند و نتیجه گرفته‌اند که الگوی اعتقاد بهداشتی در این خصوص، کاراً و مؤثر بوده است؛ نتایج مطالعه منیوس (۲۸) نیز نشان داد که بعد از مداخله آموزشی بر اساس شاخص تغذیه سالم، میزان مصرف شیر، کلسیم و ویتامین D افزایش یافته، مصرف چربی‌ها کاهش یافته است. در مطالعه لین (۲۹) مشخص شد که نمره آگاهی، بیش از نمره عملکرد است و شکاف میان اطلاعات و عملکرد تغذیه‌ای به خصوص در مصرف میوه و سبزیجات بیشتر مشاهده شد؛ به بیان دیگر، واحدهای مورد پژوهش در حالی که توانایی تشخیص غذای سالم‌تر را داشتند کمتر از آن مصرف می‌کردند؛ این یافته با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌راستا است. مطالعه تابشیان و فرخ (۳۰) نتیجه‌ای متفاوت با مطالعه ما داشت به طوری - که میانگین نمرات آگاهی و نگرش در قبل و بعد از مداخله آموزشی، تفاوتی معنی‌دار با هم داشتند؛ اما در میانگین نمرات عملکرد در قبل و بعد از آموزش، اختلافی معنی‌دار مشاهده نشد که به دلیل عدم پیگیری درباره مطالب گفته شده و مشغله کاری افراد مورد پژوهش، تغییری در عملکرد آنها دیده نشده است.

نتیجه‌گیری

با استناد به نتایج به دست آمده، برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در زمینه رعایت نکات تغذیه‌ای مرتبط با سرطان معده کاراً و مؤثر بوده، لذا به نظر می‌رسد برگزاری کلاس‌های آموزشی از طرف مراکز بهداشتی و استفاده از متخصصان آموزش بهداشت و علوم تغذیه می‌تواند

منابع

1. Pourhosseingholi M.A, Hajizadeh E, Abadi A, et al. [Analysis of factors related to survival of Gastric cancer patients using normal regression] Persian. J Gorgan Med Sci Uni 2009; 11(2): 45-50.
2. Semnan Sh, Bsharat S, Kashtkar A.A, et al. [Survival short of patients with upper gastrointestinal cancers in Golestan villages] Persian. J Gorgan Med Sci Uni 2008; 10(2): 51-57.
3. Samadi F, Babaei M, Yazdanbod A. Survival Rate of Gastric and Esophageal Cancers in Ardabil Province, North-West of Iran. Arch Iranian Med 2007; 10: 32-37.
4. Biglariyan A, Haji Zadeh E, Gohari M.R, Khodabakhshi R. [Survival analysis of gastric cancer patients and factors related] Persian. J Kosar Med 2008; 12(4): 255-345.
5. Safari J, Moradi M.T, Farrokhi E, et al. [Study two mutations in gastric cancer inhibitor in Chahar Mahal and Bakhtiari Province] Persian. J shahrekord Med Sci Uni 2009; 10(4): 43-50.
6. Sanei M.H, Sanei B, Mahzoni P, Chahreai A. [histo pathologic findings Comparison in non-cancer gastric mucosa of gastric cancer patients and people with indigestion] Persian. J shahrekord Med Sci Uni 2007; 8(4): 15-20.
7. Massoud Koshnia, Asieh Shakib Translation gastrointestinal disease. Harrison, Randolph, Tensly, Fasy, Anthony. Internal Medicine Principles, Volume3. 17thed. Tehran: Smat; 2008: 210-211.
8. Yaghoubi M, Byjarchy R. [Meta-analysis and review Effect of family history stomach cancer in disease]. Persian. J Jahad University 2008; 12(4): 235-237.
9. Zareban I, Heidarnia AR, Rakhshani F. The Effect of Health Education Program on The Knowledge And Practice Seliors Towards HIV/AIDS In Chabahar. J Zahhedan Med Sci Uni 2006; 8(1): 29-33.
10. Lynch L, Happell B. Implementation of clinical supervision in action: part 2: Implementation and beyond. J Ment Health Nurs 2008; 17: 65-72.
11. Kohsari MR. [Study life style and Gastric cancer in Gilan] Persian. J Gilan Med Sci Uni 2004; 1(49): 10-19.
12. Spikmans FJ, Brug J, Doven MM, et al. Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian? J Hum Nutr Diet 2003; 16:151-158.
13. Yrbrough SS, Braden CJ. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviors. Adv Nurse 2001; 33(5):677-88.
14. Freimuth V, Linnan HW, Potter P. Communicating threat of emerging infections to the public. J Hum Nutr Diet Infect 2002; 6(40):337-47
15. Glanz K, Rimer BA, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
16. Perry CL, Zauner M, Oakes JM, Taylor G, Bishop DB. Evaluation of a theater production about eating behavior of children. J Sch Health 2002; 72(6): 256-61 .
17. Moatari M, Rozitalab M, Saber Firouzi M, et al. [Effect health education of Health Belief Model based on the knowledge and participation of individuals at medium risk for colorectal cancer] Persian. J shahid Beheshti Med Sci Uni 2009; 33(1): 47-54.
18. Mazlomi S, Zare M, Feisal M, et al. [Effect health education in female teachers on the knowledge, attitude and practice in breast cancer] Persian. J Birjand Med Sci Uni 2006; 13(1): 12-19.
19. Ghaffari M, Tavassoli E, Esmailzadeh A, Hasanzadeh A. [The Effect of Education based on Health Belief Model on the improvement of osteoporosis Preventive Nutritional Behaviors of Second Grade Middle School Girls in Isfahan] Persian. J Health Research System 2010; 6(4): 1-10.
20. Gammage KL, Francoeur C, Mack DE, Klentrou P.osteoporosis health belief and knowledge in college students:The role of dietary restraint.Eating Behaviors 2008; 10: 65-67.
21. Somi P, Soon BC, Chae WC. Effect of a cognition emotion focused program to increase public participation in papanicolaour smear screening. Public health nursing, 2005; 22(4): 289-298.
22. Kleier, Jo Ann. Using Health belief model to reveal the perceptions of Jamaican and Haitian men regarding prostate cancer. J of multicultural nursing&health 2004; 15(21): 351-362.
23. Hazavehei SM, Taghdisi MH, Saidi M. Application of the health belief model for osteoporosis prevention among middle school girl students, Garmsar, Iran. Educ Health 2007; 20(1): 23.
24. Sharifirad GHR, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. JRMS 2009; 14(1): 1-6.
25. Avci IA, Gozum S. Comparison of two different educational methods on teacher's knowledge, belief and behaviors regarding breast cancer screening. J Oncol Nurs 2009; 13(2): 94-101.
26. Abood DA, Black DR, Feral D. Nutrition education worksite intervention for university staff. application of the health belief model. J Nutr Educ Behav 2003; 35(5): 260-267.
27. Han HR, Lee H, Kim MT, Kim KB. Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women. J Health Educ Res 2009; 24(2):318-29.
28. Manios Y, Moschonis G, Katsaroli I, Tanagra S. Change in diet quality score, macro- and micro nutrients intake following a nutrition education in postmenopausal women. J of human nutrition & diet 2007; 12: 126- 131.
29. Lin W, Yang HC, Hang CM, Pan WH. Nutrition knowledge, attitude, and behavior of Taiwanese elementary schoolchildren. J Clin Nutr Asia Pac 2007; 16 (2): 534-546.
30. Tabeshiyan A, Firozeh F. [A Survey Effect of Health Education in Pap smear conclusion for cervical cancer screening in teacher Esfahan city] Persian. J azad aslami Med Sci Uni 2009; 19(1): 43-48.

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
Seventeenth Year,
No.94
August, September
2011*

Received: 11/5/2011

Last revised: 17/7/2011

Accepted: 19/8/2011

The effect of education based on health belief model of nutritional behaviors associated with gastric cancer in housewives of Isfahan city

Masoome Alidosti¹, GholamReza Sharifirad², Zeynab Hemate³, Masoumeh Delaram¹, Arash Najimi⁴, Elahe Tavassoli⁵

1. School of Public Health, Shahr-e-Kord University of Medical Sciences, Shahr-e-Kord, Iran.
2. Associate Professor - School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. Assistant Professor - Shahr-e-Kord University of Medical Sciences, Shahr-e-Kord, Iran.
4. School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
5. Dept. Health Education, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran.

Email: Masoumehdelaram@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: The planning of educational programs to inform the people about the prevention of diseases such as cancers is necessary. With considering the high incidence and mortality rate and costly and difficulty screening of gastric cancer in Iran, this study was conducted to determine the effect of educational interference based on HBM on knowledge, attitudes and practices of housewives about nutritional factors associated with gastric cancer.

Materials and Methods: In this quasi experimental study, 84 of housewives from Isfahan participated and were randomly categorized into two groups (experimental and control groups). Before the performing of educational program based on HBM, the self-structured, valid and reliable questionnaires were completed by the groups. Then, the experimental group received the educational program about the correct nutritional behaviors in the form of lecture, group discussion and questioning and answering in 4 sessions and the non-intervention group did not receive the education. Both groups completed the questionnaires 2 months after the intervention. Data were analyzed using SPSS₁₈ by Mann-U- Whitney, t student and paired t test and $p < 0/05$ considered significant.

Results: The mean age was 34.11 ± 6.23 in intervention group and 34.21 ± 6.5 years in non-intervention group and the difference was not significant. There was not also a significant difference in knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, perceived self- efficacy and practices of women before the intervention ($p > 0.05$), but difference was significant after the intervention ($p < 0.001$).

Conclusion: Health education based on HBM increases the knowledge and improves the attitudes and practices of housewives women with regard to nutritional factors for prevention of the gastric cancer.

Key words: Education, Nutrition, Housewives, Gastric Cancer, Health Belief Model