



## بررسی تعیین کننده های قصد بستگان مبتلا به سرطان کولورکتال به انجام غربالگری بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده

نویسندگان: محمدحسین باقیانی مقدم\* مجتبی فتاحی\*\* محسن آخوندی\*\* محمدرضا مرتضوی زاده\*\*\* حسین فلاح زاده\*\*\*\*

\*دکترای آموزش بهداشت، استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

\*\* نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

آدرس: یزد، بلوار دانشجو، دانشکده بهداشت Email: mjfattahi57@gmail.com

\*\*\* فوق تخصص گوارش، دانشیار گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

\*\*\*\* فوق تخصص خون و انکولوژی، دانشیار دانشگاه آزاد یزد

\*\*\*\*\* دکترای آمارزیستی، دانشیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

### چکیده

**سابقه و اهداف:** سرطان کولورکتال یکی از سرطان های شایع در جهان می باشد که در کشورهای پیشرفته سومین سرطان شایع و دومین سرطان کشنده می باشد. احتمال ابتلا به این بیماری در بستگان درجه یک مبتلا به سرطان کولورکتال ۲ الی ۳ برابر بیشتر می باشد. برنامه ریزی در جهت پیشگیری در این گروه نیازمند بررسی نیازهای فعلی آنها و ارزیابی میزان آگاهی و قصد آنها نسبت به پیشگیری می باشد. بنابراین، این بررسی با هدف تعیین قصد بستگان مبتلا به سرطان کولورکتال بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده در شهر یزد انجام شد.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی تحلیلی تعداد ۹۹ نفر مرد وزن بالای ۲۰ سال از اقوام درجه یک بیماران سرطان کولورکتال بصورت سرشماری وارد مطالعه شدند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ای ۴۵ آیتی بر اساس استفاده از تئوری رفتار برنامه ریزی شده بود. داده ها با استفاده از آزمونهای همبستگی پیرسون، آزمون Anova تعقیبی توکی و رگرسیون چندگانه و T-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** حدود ۶۵/۹ (۵۹ نفر) از شرکت کننده های این مطالعه مرد و ۴/۴۰ (۴۰ نفر) زن بودند که میانگین سنی آنها ۳۹ سال بود. میانگین نمره آگاهی ۳±۵/۵۷ از ۱۰، میانگین نمره نگرش ۹/۴۶±۳۹/۶۳ از ۹۰، میانگین نمره قصد رفتار ۳/۵±۳/۸ از ۱۵، میانگین نمره هنجار انتزاعی ۳/۱۴±۱۳/۹ از ۱۵، میانگین نمره کنترل رفتار درک شده ۱/۹۷±۳۱/۵ از ۵ بود. سازه های آگاهی، نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل رفتار درک شده تا ۷۳ درصد قصد به انجام غربالگری را پیشگویی می کنند.

**نتیجه گیری:** میزان آگاهی، نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتار درک شده و قصد در سطح پایین بود. با توجه به سطح پایین این سازه ها لازم است با آموزش آنها از طرق گوناگون بر اساس تئوری ها و الگوهای رفتاری از جمله تئوری رفتار برنامه ریزی شده قصد بستگان را نسبت به انجام غربالگری افزایش داد.

**واژه های کلیدی:** سرطان کولورکتال، غربالگری، قصد، بستگان درجه یک

این مقاله برگرفته از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می باشد.

## طلوع بهداشت

فصلنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال دهم

شماره: سوم و چهارم

پاییز و زمستان ۱۳۹۰

شماره مسلسل: ۳۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۱۰/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۲/۱۸



## مقدمه

سرطان کولورکتال یا سرطان روده بزرگ و راست روده چهارمین سرطان شایع در جهان و سومین سرطان شایع در زنان است. میزان بروز این بیماری در کشورهای مختلف متفاوت است بطوریکه میزان بروز در آمریکای شمالی، استرالیا و نیوزیلند بالا، در اروپا متوسط و در آسیا پایین می باشد (۱).

در ایران سرطان ها سومین عامل مرضی کشنده هستند که سرطان کولورکتال در زنان سومین (۷/۵۶٪) و در مردان پنجمین سرطان شایع (۸/۳۴٪) می باشد. در استان یزد نیز با همین رتبه در مردان (۷/۵۷٪) و در زنان چهارمین سرطان شایع (۸/۸۴٪) می باشد (۲). تخمین زده شده است که احتمال ابتلای افرادی جامعه به سرطان کولون ۶-۵ درصد می باشد. اما میزان خطر ابتلا در افرادی که بستگان درجه یک آنها به این بیماری مبتلا بوده اند ۲-۳ برابر بیشتر از افراد عادی جامعه می باشد. در صورتیکه یکی از بستگان درجه یک زیر ۵۰ سالگی مبتلا شده باشد احتمال ابتلا به ۳-۴ برابر افزایش می یابد، لذا لازم است در این افراد کولونوسکوپی زودتر از افراد عادی و از سن ۴۰ سالگی (در افراد عادی جامعه باید کولونوسکوپی از سن ۵۰ سالگی انجام شود) صورت گیرد (۳). تشخیص بیماری با روشهای غربالگری در مراحل اولیه بیماری می تواند میزان بقای ۵ ساله ابتلا به بیماری را از ۵٪ به ۹۵٪ برساند (۴). میزان تمایل بستگان مبتلا به سرطان کولورکتال از ۲۵ درصد (۵) تا ۷۹ درصد (۶) تخمین زده شده است. یکی از تئوریهای که برای پیش بینی رفتار فرد مورد استفاده قرار می گیرد تئوری رفتار برنامه ریزی شده می باشد که قصد فرد را نسبت به انجام رفتار پیشگویی می کند. تئوری رفتار

برنامه ریزی شده بطور گسترده برای فهم و پیش بینی رفتارهای بهداشتی شامل ورزش، تغذیه، سیگار کشیدن، مصرف الکل، فعالیت جنسی ایمن و غربالگری بهداشتی بکار رفته است (۹-۷). یکی از دلایل بکارگیری این تئوری این است که بجز عوامل فردی به عوامل اجتماعی که در رفتار نقش دارند توجه دارد. برطبق این مدل قصد برای انجام یک رفتار توسط سه عامل هدایت می شود:

- ۱- عقیده فرد درباره اینکه رفتار مورد نظر نتیجه ای به دنبال خواهد داشت و ارزیابی این نتیجه توسط فرد (عقاید رفتاری).
  - ۲- عقیده درباره انتظارات هنجاری دیگران و انگیزه فرد برای تطبیق با این انتظارات (عقاید هنجاری)
  - ۳- عقیده درباره وجود عوامل تسهیل کننده یا موانع انجام رفتار و قدرت درک شده درباره هریک از این عوامل (عقاید کنترلی)
- به عنوان یک قاعده کلی، در این مدل نگرش مثبت فرد نسبت به انجام کار، هنجارهای انتزاعی مطلوب و کنترل رفتاری درک شده زیاد باعث می شود که فرد قصد انجام رفتار را داشته باشد (۱۲-۱۰). در مطالعه ای که دلگادو پلانسیسا در بستگان درجه یک مبتلا به سرطان انجام داد، ۴۹ درصد از نمونه ها از انجام کولونوسکوپی اطلاعی نداشتند، ۳۸/۳ درصد علاقه به انجام غربالگری داشتند و فقط ۱۹ درصد از نمونه های بالای ۵۰ سال علاقه به شرکت در غربالگری داشتند (۱۳). در ایران مطالعه ای که توسط معطری و همکاران در افراد در معرض خطر انجام شده بیشتر افراد علاقه ای به انجام آزمایشهای غربالگری نداشتند و دلایل آن را عدم وقت و احساس سالم بودن ذکر کردند



لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) مورد سنجش قرار می گرفت. نمره بیشتر نشان از آگاهی بیشتر و نگرش مثبت تر نسبت به بیماری و در نتیجه کنترل بیشتر بر رفتار و در نهایت قصد بهتری نسبت به این بیماری بود. محل مصاحبه در منزل و یا در مطب پزشکان در ماههای مرداد، شهریور و مهرماه سال ۹۰ بصورت مصاحبه انجام گرفته است. تجزیه و تحلیل داده ها با کمک نرم افزار SPSS ۱۹، آزمون های آماری Anova، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی و Ttest انجام شد.

#### یافته ها

نمونه های این مطالعه جمعا ۹۹ نفر شامل ۵۹ نفر (۵۹/۶ درصد) مرد و ۴۰ نفر (۴۰/۴ درصد) زن بودند. دامنه سنی بین ۷۰-۲۰ با میانگین سنی  $10/79 \pm 39/05$  سال بود. از نظر تحصیلات ۴۲ نفر تحصیلات زیر دیپلم، ۳۵ نفر دیپلم، ۴ نفر فوق دیپلم، ۱۷ نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس و ۸۴ نفر متاهل (۸۴/۴ درصد) و ۱۵ نفر مجرد (۱۵/۲ درصد) بودند. ۲۹ نفر خواهر و برادر و ۷۰ نفر از فرزندان بیماران بودند. مدت زمان ابتلا به این بیماری از کمتر از یکسال تا ۸ سال بود. ۸۴ نفر تحت پوشش بیمه بودند. میانگین نمرات آگاهی  $10/57 \pm 3/46$  از ۱۹، میانگین نمره نگرش  $63/39 \pm 9/46$  از ۹۰، میانگین نمرات قصد  $8/35 \pm 3/5$  از ۱۵، میانگین نمرات هنجار انتزاعی  $3/14 \pm 9/13$  از ۱۵ و میانگین نمرات کنترل رفتار درک شده  $5/31 \pm 1/97$  از ۱۰ بود. در میان متغیرهای دموگرافیکی میانگین نمرات آگاهی در زنان ( $11/90 \pm 9/20$ ) بالاتر از مردان ( $9/63 \pm 3/58$ ) بود که با استفاده از آزمون student's t-test این اختلاف معنی دار بود ( $P < 0/001$ ).

(۱۴). چون بستگان مبتلا به سرطان کولورکتال در معرض خطر بیشتری نسبت به دیگر افراد می باشند و ضمناً مطالعه در این افراد و بر اساس این تئوری کم انجام شده است. این مطالعه با هدف بررسی میزان قصد به انجام غربالگری در بیماران بستگان مبتلا به سرطان کولورکتال بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده طراحی و اجرا گردید. انتظار می رود نتایج این مطالعه در مداخلات برای افزایش رفتارهای پیشگیری کننده در این بیماری مورد استفاده قرار گیرد.

#### روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی بود که بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده انجام گردید. نمونه ها اقوام درجه یک بیماران مبتلا به بیماری سرطان کولورکتال بودند که بصورت سرشماری در تحقیق وارد شدند و تعداد آنها ۹۹ نفر بود. روایی محتوا و صوری پرسشنامه با استفاده از نظرات خبرگان تایید گردید و جهت پایایی سازه های آن با استفاده از آزمون آلفا کرونباخ از ۱۵ نفر از اقوام بیماران که در مطالعه نهایی وارد نشدند محاسبه گردید که آلفا کرونباخ برای هر یک از سازه ها عبارت بود از سوالات نگرش ۷۶٪، سوالات هنجار انتزاعی ۶۸٪، سوالات کنترل رفتار درک شده ۹۲٪ و سوالات قصد ۷۶٪. پرسشنامه از ۶ بخش و هر بخش از چند سوال تشکیل شده بود که عبارت بود از اطلاعات دموگرافیکی (مانند سن، جنس، تحصیلات، شغل، بیمه، نسبت با بیمار و زمان ابتلا)، سوالات آگاهی (۱۹ سوال و ۱۹ امتیاز)، سوالات نگرش (۱۸ سوال و ۹۰ امتیاز)، سوالات هنجار انتزاعی (۳ سوال و ۱۵ امتیاز)، سوالات کنترل رفتار درک شده (۲ سوال و ۱۰ امتیاز) و سوالات قصد (۳ سوال و ۱۵ امتیاز) که با روش ۵ گزینه ای



نمره قصد در افراد دیپلمه بالاتر از زیر دیپلم بود که این اختلاف نیز معنی دار بود ( $P < 0/05$ ).

۴۹/۵ درصد از کل نمونه ها هزینه زیاد انجام کولونوسکوپی ، ۴۱/۴ درصد ترس از انجام آن و ۴۴/۴ درصد خجالت انگیز بودن آن را دلیل عدم انجام آن دانسته اند (جدول ۱) .

با توجه به داده های جدول ۲ بین سن با قصد ( $p < 0/032$ ) و هنجار انتزاعی ( $p < 0/040$ ) همبستگی معنی داری وجود داشت. بین زمان ابتلا به بیماری بستگان نمونه ها با هنجار انتزاعی همبستگی معنی دار آماری دیده شد ( $p < 0/003$ ). همچنین بین سازه قصد با سازه های آگاهی ( $p < 0/007$ ) نگرش ( $p < 0/001$ )، هنجار انتزاعی ( $p < 0/001$ ) و کنترل رفتار درک شده ( $p < 0/001$ ) همبستگی معنی داری مشاهده شد. در بررسی میزان پیشگویی قصد به غربالگری به وسیله دو سازه، هنجار انتزاعی، کنترل رفتار درک شده رگرسیون خطی نشان داد که این دو سازه با یکدیگر ۶۶ درصد قصد را پیشگویی می کنند که در این میان نقش هنجار انتزاعی ( $\beta = -0/408$ ) بیش از کنترل رفتار درک شده ( $\beta = 0/385$ ) بود. بطوریکه در جدول ۲ نشان داده شده است ۴ سازه آگاهی، نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل رفتار درک شده می توانند ۷۳٪ قصد را پیشگویی کنند.

میانگین نمرات نگرش در افراد دیپلمه ( $65/67 \pm 8/47$ ) بالاتر از زیر دیپلم ( $59/47 \pm 9/58$ ) بود که با استفاده از آزمون تعقیبی توکی این اختلاف معنی دار بود ( $P < 0/004$ ). میانگین نمره نگرش در بستگانی که مدت زمان تشخیص بیماری در بیمارشان کمتر از ۳ سال ( $65/32 \pm 8/65$ ) بود بالاتر از دیگرانی بود که مدت زمان تشخیص بیماری در بیمارشان بیشتر از ۳ سال ( $60/88 \pm 9/88$ ) بود که این اختلاف معنی دار بود ( $P < 0/019$ ).

میانگین نمرات نگرش از نظر شغل در افراد کارمند بیشتر از ( $66/68 \pm 9/65$ ) افراد خانه دار ( $60/64 \pm 10/45$ ) می باشد که با استفاده از آزمون تعقیب توکی این اختلاف معنی دار نیست ( $P > 0/121$ ). میانگین نمره هنجار انتزاعی در بستگانی که مدت زمان تشخیص بیماری در بیمارشان کمتر از ۳ سال ( $10 \pm 2/72$ ) است بالاتر از دیگرانی است که مدت زمان تشخیص بیماری در بیمارشان بیشتر از ۳ سال ( $8/08 \pm 3/23$ ) می باشد که این اختلاف نیز معنی دار بود ( $P < 0/001$ ). همچنین میانگین نمره قصد رفتاری نیز در کسانی که مدت زمان تشخیص بیماری در بیمارشان کمتر از ۳ سال ( $9/16 \pm 2/76$ ) بوده بالاتر از کسانی است که مدت زمان تشخیص بیماری در بیمارشان بیشتر از ۳ سال ( $7/13 \pm 3/27$ ) می باشد که این اختلاف بر اساس آزمون T test معنی دار است ( $P < 0/003$ ). میانگین

جدول ۱: توزیع فراوانی دلایل عدم علاقه مندی به انجام کولونوسکوپی

| مهمترین دلایل            | تعداد | درصد |
|--------------------------|-------|------|
| هزینه بر بودن آزمایش     | ۴۹    | ۴۹/۵ |
| شرم از انجام آن          | ۴۴    | ۴۴/۴ |
| ترس از تشخیص سرطان       | ۴۲    | ۴۲/۴ |
| ترس از انجام کولونوسکوپی | ۴۱    | ۴۱/۴ |
| احساس سالم بودن          | ۲۲    | ۲۲/۴ |



جدول ۲: ماتریکس ضریب همبستگی سن و مدت زمان تشخیص بیماری، آگاهی و سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده با استفاده از آزمون پیرسون

| ۷       | ۶      | ۵       | ۴       | ۳      | ۲ | ۱ |                       |
|---------|--------|---------|---------|--------|---|---|-----------------------|
| ۰/۰۶۰   | ۰-/۰۱۰ | ۰/۲۶۰** | ۰/۲۱۵** | ۰-/۱۵۱ |   |   | ۱-سن                  |
| ۰-/۰۱۰۷ | ۰/۰۲۶  | ۰/۲۹۲** | ۰-/۱۶۸  | ۰/۱۴۵  |   |   | ۲-زمان ابتلا          |
| ۰/۲۹۰   | ۰/۰۳۷  | ۰/۰۴۲   | ۰/۴۱۳*  |        |   |   | ۳-کنترل رفتار درک شده |
| ۰/۲۷۲*  | ۰/۴۸۰* | ۰/۵۳۶*  |         |        |   |   | ۴-قصد                 |
| ۰/۱۷۶   | ۰/۳۴۶* |         |         |        |   |   | ۵-هنجار انتزاعی       |
| ۰/۲۳۷*  |        |         |         |        |   |   | ۶-نگرش                |
|         |        |         |         |        |   |   | ۷-آگاهی               |

$p < ۰/۰۵^{**}$      $p < ۰/۰۱^*$

جدول ۳: آنالیز رگرسیون سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده با آگاهی در قصد به غربالگری (n=۹۹)

| R <sup>2</sup> | F      | سطح معناداری | t     | ضرایب غیر استاندارد | ضرایب استاندارد | پیش بینی کننده      |
|----------------|--------|--------------|-------|---------------------|-----------------|---------------------|
| ۰/۷۳۷          | ۲۷/۹۵۹ |              |       | ۲۷/۵۸               |                 | Constant            |
|                |        | p=۰/۱۵۳      | ۱/۴۴  | ۰/۰۹۹               | ۰/۰۶۹           | آگاهی               |
|                |        | p=۰/۰۰۰      | ۴/۰۸  | ۰/۱۳۵               | ۰/۳۰۳           | نگرش                |
|                |        | p=۰/۰۰۰      | ۵/۳۱۴ | ۰/۴۱۲               | ۰/۳۹۷           | هنجار انتزاعی       |
|                |        | p=۰/۰۰۰      | ۵/۴۱۵ | ۰/۶۲۷               | ۰/۳۷۸           | کنترل رفتار درک شده |

## بحث و نتیجه گیری

با نتایج مطالعات شوارتزمن، مهانی و سزا (Seza) همخوانی دارد (۱۶-۱۳). همچنین میزان آگاهی در این مطالعه در جنس زن بیشتر از مرد بود که با نتایج مطالعه Hart همسو است که میزان آگاهی زنان ۱۰ درصد بیشتر از مردان بود (۱۷). در این مطالعه میانگین نمره نگرش ۳۹±۶۳ از ۹۰ نمره بود که با توجه به همبستگی آگاهی با نگرش آگاهی پایین منجر به جلوگیری از ایجاد نگرش مثبت نسبت به غربالگری این بیماری شده بود.

این مطالعه که براساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده جهت بررسی قصد، به غربالگری در بستگان بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال انجام شد نتایج نشان داد میانگین آگاهی ۱۰/۵۷ از ۱۹ امتیاز بود که نشان از آگاهی کم بستگان از علایم، روشهای تشخیص بیماری و ریسک فاکتورهای بیماری می باشد (۶۰ درصد از نمونه ها نمره کمتر از ۱۱ اخذ نمودند) که این نتایج



Ishi نشان داده شد که هرچه از زمان مشاوره افراد می گذرد قصد آنها به غربالگری کاهش می یابد بطوریکه قصد به غربالگری در افرادی که ۲ سال از مشاوره شان می گذشت به مراتب بیشتر از کسانی بود که ۵ سال از مشاوره اشان گذشته بود که با نتایج این مطالعه همسو است (۲۵).

در این مطالعه سازه های تنوری رفتار برنامه ریزی شده به همراه آگاهی تا ۷۳ درصد قصد غربالگری را پیشگویی می کنند و سازه هنجار انتزاعی نسبت به دیگر سازه ها در پیشگویی دارای قدرت بیشتری بود که با دیگر مطالعات مشابه هماهنگی دارد (۲۶،۲۷).

سن با قصد همبستگی منفی داشت بطوریکه با افزایش سن قصد به انجام غربالگری کمتر می گردید که با اغلب مطالعات همسویی دارد (۱۸،۲۲).

با توجه به نتایج این مطالعه میزان قصد بستگان نسبت به انجام روشهای پیشگیری کننده از جمله کولونوسکوپی بدلیل آگاهی پایین از لزوم انجام کولونوسکوپی و پیگیری بعدی و نگرش منفی مانند هزینه زیاد، پایین می باشد که یکی از دلایل آن عدم اطلاع از میزان هزینه انجام کولونوسکوپی می باشد و هزینه آن را مانند هزینه شیمی درمانی می پندارند. از دیگر دلایل عدم علاقمندی به انجام کولونوسکوپی ترس از تشخیص سرطان و خجالت می باشد که باید در این مقوله آموزشهایی در مزایای انجام کولونوسکوپی و درمان پذیر بودن بیماری انجام شود. لازم است که مربیان و پزشکان بستگان را آگاه سازند و کلاسهایی هر چند وقت برای آنها برگزار کنند

مطالعه Manne مشخص گردید که بین آگاهی و نگرش همبستگی وجود دارد، بطوریکه افرادی که آگاهی بیشتری دارند نگرش مثبت تری با بیماری دارند که با نتایج این مطالعه و مطالعه Ruthotto همسو است (۱۸-۱۹). در مطالعه کاترین و همکاران دلایل عدم علاقمندی در انجام کولونوسکوپی بیشترین مانع را خجالت کشیدن و سپس احساس سالم بودن ذکر کردند و در مطالعه دیگری ترس از بیماری را بیان داشتند در مطالعه معطری دلیل عدم شرکت احساس سالم بودن، عدم توصیه پزشک، و خجالت نام برده شده بود. در مطالعه مدلنسکی احساس سالم بودن و احساس ناراحتی مهمترین دلایل عدم علاقه بیان شده است که با مطالعه اخیر در اولویت های عدم علاقمندی مطابقت ندارد که می تواند بدلیل فرهنگ افراد مورد مطالعه باشد (۱۴،۲۰،۲۱).

میانگین نمره هنجار انتزاعی در حد متوسطی بود (۹/۶ از ۱۵) که با میانگین نمره هنجار انتزاعی در مطالعه Tolma که آنهم در حد متوسطی قرار داشت مطابقت دارد. همچنین در مطالعه Manne کسانی که دارای نمره هنجار انتزاعی بیشتری بودند تمایل بیشتری نیز به رفتارهای پیشگیری کننده داشتند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۸،۲۲).

قصد به انجام رفتارهای پیشگیری کننده بخصوص غربالگری در سطح پایین بود که ۷۰ درصد از نمونه ها نمره کمتر از ۱۰ از ۱۵ داشتند که نتایج چند مطالعه دیگر نیز نشان دهنده آن است که قصد افراد به غربالگری در سطح پایین بوده است از جمله در مطالعه Bujanda و شوارتزمن که قصد در بستگان ۳۲ درصد و در مطالعه Plasencia ۹/۶۶ درصد بوده است (۲۳،۱۳،۲۴). در مطالعه



۲- دستیابی به نمونه ها بسیار سخت بود.

تا نگرانیهای آنها در مورد این بیماری و منافع تشخیص در مراحل اولیه مورد تاکید قرار گیرد.

محدودیتهای مورد مطالعه:

### تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه تحصیلی مقطع کارشناسی ارشد آموزش بهداشت می باشد. لذا از تمامی کسانی که مارا در این تحقیق یاری رساندند تشکر می گردد.

۱- جامعه مورد بررسی از نظر سطح تحصیلات و محل سکونت و بطور کلی از نظر اقتصادی اجتماعی در وضعیت کاملاً متفاوت بودند که کار مطالعه را سخت می کرد.

### References

- 1-Bresler RS.Colorectal Cancer.in: Feldman M, Lawrence SF, Lawrence JB. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease, 9<sup>th</sup> ed.canada: Elsevier's Rights Department;2010: 2192
- 2-Ministry of Health and Medical Education, center of Disease control, Department of Non-communicable, manage cancer. A recorded cancer cases reported 2009:2011. [Persian]
- 3-Bresler RS.Colorectal Cancer.in: Feldman M, Lawrence S. Friedman, Lawrence J. B. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease, 9<sup>th</sup> ed.canada; Elsevier's Rights Department;2010: 2219-2222
- 4-Zali MR, Early diagnosis And Prevention strategies.Iran surgical issue 2004;12(31):1-13. [Persian]
- 5-Bat L, Pines A, Rom E, et al. A community based program of colorectal screening in an asymptomatic population:evaluation of screening tests and compliance. Am J Gastroenterol 1986;81:647-51
- 6-Caffrey SM, Broughton CIM, Marks CG.Faecal occult blood screening for colorectal neoplasia in a targeted high-risk population.Br J Surg 1993;80:1399-400.
- 7- Armitage CJ,Conner M. Social cognition models and health: A structured review. Psychology and Health, 2000; 15: 173-189.
- 8- Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. American Journal of Health Promotion 1996; 11: 87-97.
- 9- Bandura A. Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. Psychological Review1977; 84:191-215.
- 10-Behavioral Interventions Based on the Theory of planned behavior. Available From: <http://www.people.umass.edu/aizen>
- 11-Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour. <http://www.people.umass.edu/aizen>



- 12-Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and health education: Theory, Research and practice. 3<sup>rd</sup> ed. San Francisco, Calif: Jossey-Bass; 2002.
- 13-Shvartzman P, Rivkind E, Neville A, et al. Screening intention and practice among first-degree relatives of colorectal cancer patients in southern Israel. *IMAJ*, 2000;2(9):675.
- 14-Moattari M, Ruzitalab M, Firuzi S, et al. Survey of education in knowledge and participation in People Moderate Risk: Based On health Belief Model. *Beheshti University Journal* 2009; 33(1):47-54. [Persian]
- 15-Abdollahmahani F, Survey education to knowledge over 50 years about colorectal cancer, *journal of Tabriz medicine university* 2001;52:43. [Persian]
- 16- Sessa A, Abbate R, Digiuseppe G, et al. Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy. *BMC Cancer* 2008; 8: 171
- 17-Hart A, Barone T, Mayberry J. Increasing compliance with colorectal cancer screening: the development of effective health education. *Health Education Research* 1997;12(2):171.
- 18-Manne SL, Coups EJ, Winkel G, et al. Identifying cluster subtypes for intentions to have colorectal cancer screening among non-compliant intermediate-risk siblings of individuals with colorectal cancer. *Health Education Research* 2009;24(5):897-908.
- 19-Ruthotto F, Papendorf F, Wegener G, et al. Participation in screening colonoscopy in first-degree relatives from patients with colorectal cancer *Annals of Oncology* 2007;18: 1518–1522
- 20-Robb K, Solarin I, Power E, et al. Attitudes to colorectal cancer screening among ethnic minority groups in the UK. *BMC Public Health* 2008;8(1):34
- 21-Madlensky L, Esplen M J, Goel V Reason given by relative of colorectal cancer patient for not undergoing screening. *preventive medicine* 2004;39: 643-648
- 22-Tolma EL, Reininger BM, Evans A, et al. Examining the theory of planned behavior and the construct of self-efficacy to predict mamography intention. *Health Education & Behavior* 2006;33(2):233.
- 23-Bujanda L, Sarasqueta C, Zubiaurre L, et al. Low adherence to colonoscopy in the screening of first-degree relatives of patients with colorectal cancer 2007;56:1714–1718
- 24- Plasencia D, Tomassetti-Fernández L. Willingness to undergo colorectal cancer screening in first-degree relatives of hospitalized patients with colorectal cancer. *J Med Screen* 2009 16(1): 33-38
- 25-Ishii N, Arai M, Koyama Y, et al. Factors affecting encouragement of relatives among families with Lynch syndrome to seek medical assessment. *Familial Cancer* 2011:1-6.





- 
- 26-HeveyD,Pertl M,KevinT,et al. The relationship between prostat cancer knowledge and beliefs and intentions to attend PSA screening among at-risk menPatient Education and Counseling 2009; 74: 244–249
- 27-Kenerson D, Use Of The Theory Of Planned Behavior To Assess Prostat Cancer Screening Intent Among African American Men[Ph.D Thesis]. Vanderbilt University.2010



## Intention of Colorectal Cancer Patients` First Degree Relatives to Screening Based on Pblanned Behavior Theory

Baghianimoghadam M\* (Ph.D) Fattahi Ardakani M\*\*(MS.c) Akhondi M\*\*\* (M.D) Mortazavizadeh M\*\*\*\* (M.D) Fallahzadeh H\*\*\*\*\* (Ph.D)

\*Professor, Department Health Services, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

\*\*MS.c Student in Health education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

\*\*\* Associate Professor, Department of Internal Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

\*\*\*\* Associate Professor, Azad Medical University of Yazd.

\*\*\*\*\* Associate Professor, Department of Statistic and Epidemiology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

### Abstract

**Background:** Colorectal cancer is one of the most common cancers worldwide. It is the third common cancer and the second leading cause of death from cancers in the developed countries. First degree relatives of colorectal cancer patient have a 2-3 fold higher risk to develop disease. Planning for Prevention from disease at this group needs to review their current needs and assess their awareness and intention for prevention. This study aimed to determine intention of the relatives of colorectal cancer patients in Yazd city, Iran, based on the theory of planned behavior.

**Methods:** In this descriptive analytic study, 99 men and women over 20 years of age, and first degree relatives of patients with colorectal cancer were included in the census. Data were collected by a 45-items questionnaire based on the theory of planned behavior.

All data were transformed to SPSS software and analyzed using Pearson correlation test, post hoc Tukey test, linear regression and Student T-test.

**Result:** 59/6% (59 people) of the participants were male and 40/4% (40 people) were female. Mean age was 39 years. Mean knowledge, attitude, behavioral intention, subjective norms and perceived behavioral control were  $10/57 \pm 3.46$  (of 19),  $63/39 \pm 9.46$  (of 90),  $8/35 \pm 3/5$  (of 15),  $9/13 \pm 3/14$  (of 15),  $5/31 \pm 1/97$  (of 10) respectively.

Structures of knowledge, attitude, subjective norm and perceived behavioral control had predicted the intention up to 73 percent.

**Conclusion:** Knowledge, attitude, subjective norm, perceived behavioral control and intention were at low level.

Considering the low scores of the structures, educational programs for patients` relatives based on the theory of planned behavior can increase intention of target population for voluntary screening.

**Keywords:** colorectal cancer, Screening, Intention, First degree relatives