

ارزیابی کارایی مدل بزنف در ارتقاء سلامت بیماران مبتلا به سرطان

محمدحسین تقدیسی^۱ *نسرین عبدی^۲ سیروس شهسواری^۳ مریم خزایی پول^۴

چکیده

زمینه و هدف: سرطان دسته ای از بیماری هاست که با رشد کنترل نشده سلولی و تهاجم به بافت‌های موضعی و متاستاز سیستمیک مشخص می شود. میزان بروز سرطان طی ۵۰ سال گذشته به طور یکنواخت افزایش پیدا کرده است. تغذیه، فعالیت بدنی و روحیه امید و ارانه از عوامل بسیار مهم در پیش آگهی بیماری سرطان می باشد. هدف از این پژوهش ارزیابی کارایی مدل بزنف در ارتقاء سلامت بیماران (توانمندسازی بیماران برای کنترل بر سلامت و بهبود وضعیت خود) مبتلا به سرطان شهرستان سنجند سال ۱۳۸۶ است.

روش بررسی: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی از نوع شاهددار تصادفی شده می باشد که در طی آن پرسشنامه سنجش آگاهی و نگرش در قالب مدل بزنف و پرسشنامه امید هرث قبل و بعد از مداخله در بیماران دو گروه آزمایش و شاهد (هر گروه ۲۵ نفر) و پرسشنامه سنجش آگاهی و نگرش در خانواده بیمار به عنوان مراقبین اصلی در دو گروه مورد و شاهد (هر کدام ۲۵ نفر) تکمیل شد. مداخله آموزشی برای بیماران و خانواده گروه مورد به صورت چهره به چهره و انفرادی و با روش (PBL) (Problem Based Learning) انجام شد. داده ها با استفاده از نسخه ۱۴ نرم افزار آماری SPSS و آزمونهای Chi-square و آنالیز کوواریانس، در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین نمره آگاهی در بیماران گروه آزمایش به طور معنی داری بیش از گروه شاهد بود ($P < 0/001$) همچنین انجام مداخله باعث مطلوبتر شدن وضعیت نگرش در گروه آزمایش شد ($P < 0/001$). اختلاف معنی داری در میانگین نمرات نرمهای انتزاعی ($P = 0/12$) و فاکتورهای قادر سازی ($P = 0/08$) دو گروه مشاهده نشد. میانگین نمرات امید در بیماران گروه مورد به طور معنی داری بیش از گروه شاهد بود ($P = 0/008$). همچنین میانگین نمره آگاهی در خانواده بیماران گروه آزمایش بیش از گروه شاهد بود ($P < 0/001$) و انجام مداخله باعث بهبود وضعیت نگرش در خانواده گروه مورد شد ($P < 0/000$).

نتیجه گیری کلی: مداخلات آموزشی در افزایش آگاهی و بهبود نگرش و افزایش امید بیماران و خانواده آنان موثر است؛ بنابراین شایسته است به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، ارائه خدمات آموزشی با روشهای مناسبی مانند (PBL) (Problem Based Learning) با مشارکت فعال بیمار و خانواده در فرایند بحث با برنامه ریزی مدون انجام پذیرد.

کلید واژه ها: سرطان - ارتقاء سلامت - مدل بزنف - تست مدل

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۱/۱۶

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۲/۹

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ دکترای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و دانشیار گروه خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران (مؤلف مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۸۳۳۳۶۳۲۸

Email: abdi_nasrin@yahoo.com

^۳ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران

^۴ دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

سرطان دسته ای از بیماری هاست که با رشد کنترل نشده سلولی و تهاجم به بافتهای موضعی و متاستاز سیستمیک مشخص می شود^(۱). میزان بروز سرطان طی ۵۰ سال گذشته به طور یکنواخت افزایش پیدا کرده است. این افزایش نتیجه بالا رفتن میانگین سن جامعه و نیز افزایش مصرف سیگار و تغییر سبک زندگی می باشد^(۲). تقریباً برای تمامی افراد مبتلا به سرطان تشخیص بیماری، مشکلات فراوانی در ابعاد شخصی، خانوادگی و اجتماعی زندگی وی ایجاد می کند و منجر به ایجاد احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس و کنترل و افزایش احساس آسیب پذیری و گیجی، درد، علائم جسمانی و افکار خود کشی در افراد می شود و عملکرد های روزانه و فعالیت های اجتماعی را دچار نابسامانی کرده^(۳) و توانائی افراد برای انجام نقش های معمولی و مسوولیت ها تغییر می یابد^(۴). تشخیص سرطان و درمانهای بعد از آن مثل شیمی درمانی و رادیو تراپی برای بسیاری از بیماران باعث ترس و اضطراب می شود که مربوط به عدم کنترل درد و رنج، تردید و بلا تکلیفی است و این مسائل اغلب باعث کاهش و یا از بین رفتن امید در بیماران می شود^(۵) امید یکی از عناصر ضروری در زندگی بیماران سرطانی است. امید اثرات زیادی در سازگاری بیماران با شرایط بخصوص در طی دوران درد و محرومیت دارد. امید در افزایش کیفیت زندگی بیمار نقش بسزائی داشته و بر مراحل مختلف بیماری اثر گذار می باشد^(۶). تغذیه از دیگر فاکتورهای مهم در بیماری سرطان است. بیماران سرطانی باید به مقدار کافی از مواد مغذی مصرف کنند تا بدنشان بتواند عملکرد مناسبی را در قبل، بعد و حین درمان داشته باشد^(۷). پزشکان معتقدند بیمارانی که در طول درمان از تغذیه خوبی بر خوردارند بهتر می توانند بر عوارض ناشی از درمان غلبه کنند^(۸). همچنین بیمارانی که فعالیت ورزشی منظم مثل پیاده روی داشته باشند کیفیت زندگی بهتری دارند^(۹) آموزش از راه های متفاوت

و در اقشار مختلف و فضا سازی مناسب و متناسب با شرایط، می تواند تاثیر بسزائی در تغییر آگاهی، نگرش و بالاخره ارتقاء رفتار و عملکرد افراد به عنوان یک هدف نهائی داشته باشد. در بررسی مطالعات انجام شده در ایران فقدان اجرای برنامه های آموزشی در مورد تغذیه صحیح بیماران سرطانی، آموزش تاثیر فعالیت بدنی، راهکارهای ارتقاء دهنده امید حمایت های روانی برای این بیماران و خانواده آنان مشهود است. تاثیر تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی و تفکر امیدوارانه در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در مطالعات مختلف بارها اثبات شده است، به عنوان مثال در مطالعه Jadith و همکاران، بیماران گروه مورد که تمرینات ورزشی نشسته داشتند در مقایسه با گروه شاهد کیفیت زندگی بهتری را نشان دادند^(۱۰) ($P=0/008$). در مطالعه Herth مداخلات ارتقاء دهنده امید باعث بهبود کیفیت زندگی در گروه مداخله شد^(۱۱) ($P=0/03$). همچنین در مطالعه lovik بیمارانی که اطلاعات تغذیه ای را دریافت کردند سوء تغذیه پایین تری را نشان دادند^(۱۲) ($P<0/05$). عدم آگاهی و نگرش صحیح در مورد بیماری سرطان، راهکارهای سازگاری با عوارض بیماری و درمان همچنین اهمیت عامل امید و داشتن روحیه امیدوارانه در بیماری سرطان پژوهشگران را بر آن داشت تا با یک برنامه ریزی سنجیده و سیستماتیک آگاهی بیماران مبتلا به سرطان را ارتقاء داده و نگرشی مثبت و واقع بینانه را جایگزین نگرش های کهنه و نادرست کنند. این مطالعه بر اساس "مدل بزنف" انجام شد. مدل بزنف ترکیبی از مدل Precede و مدل قصد رفتاری است. مدل بزنف از اول کلمات زیر تشکیل شده است. باور ها (Beliefs)، نگرش (Attitude)، نر مه های انتزاعی (Subjective norms) عوامل قادر کننده (Enabling Factors). باورها همان اعتقادات شخص درباره نیک و بد نتایج یک رفتار معین است. اگر این اعتقادات در ذهن شخص تثبیت شود و به سمت و سوی عمل برود نگرش نیز شکل گرفته است. حال مهم است که دیگران بخصوص افرادی از خانواده و جامعه که برای شخص اهمیت ویژه ای دارند در مورد آن رفتار چگونه می اندیشند (نرم های انتزاعی). اگر این افراد نظر مثبتی نسبت به نتیجه آن رفتار داشته

باشند و عوامل قادر کننده لازم برای آن رفتار موجود باشد، مسلماً شخص به انجام رفتار مورد نظر اقدام خواهد کرد. در کنفرانس اوتاوا چارتر ارتقاء سلامت با عنوان فرایند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل بر سلامت و بهبود وضعیت سلامتی خود تعریف شده است. با توجه به اهمیت سه عامل تغذیه، فعالیت بدنی و روحیه امیدوارانه در بیماری سرطان، هدف از این پژوهش ارزیابی کارایی مدل بزنف در ارتقاء سلامت بیماران مبتلا به سرطان شهرستان سنندج از طریق ارتقاء آگاهی و تغییر نگرش بیماران و خانواده آنان در ابعاد تغذیه و فعالیت بدنی و همچنین ارتقاء امید در بیماران می باشد.

روش بررسی

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی پژوهش شاهد دار اتفاقی شده (RCT) است. جامعه پژوهش شامل بیماران مبتلا به سرطان و اعضای خانواده آنها بودند. معیار ورود بیمارانی که با تشخیص سرطان به بخش شیمی درمانی مراجعه نموده اند و مراقب اصلی بیمار (عضوی از خانواده است. محیط پژوهش بخش شیمی درمانی بیمارستان قدس سنندج بود. برخورداری از امکانات خلوت و مراقبتی در این بخش برای کلیه بیماران یکسان بود. تعداد نمونه ها در این مطالعه پس از یک نمونه گیری مقدماتی، ۵۰ بیمار مبتلا به سرطان و ۵۰ نفر خانواده بیماران به عنوان مراقبین اصلی بیماران بودند. روش نمونه گیری در این مطالعه به روش متعادل بلوک Balance Block Randomization انجام گرفت. بیماران مبتلا به سرطان پس از انتخاب به طور تصادفی و به روش متعادل بلوک ۲۵ نفر در گروه آزمایش و ۲۵ نفر در گروه شاهد قرار داده شدند. اعضای خانواده آنها نیز به همین روش به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند. بیماران مبتلا به سرطانهای کولورکتال بنا بر نظر متخصص تغذیه از مطالعه خارج گردیدند. ابزار گردآوری داده ها برای بیماران شامل بخشی از سوالات پرسشنامه EQ-5D (اطلاعات فردی، تاریخچه بیماری و خط کش سلامتی)، پرسشنامه

سنجش آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی و فاکتورهای قادر سازی در قالب مدل بزنف، پرسشنامه شاخص امید هرث (Herth Hope Index) بود. ابزار گردآوری داده ها برای خانواده بیماران شامل پرسشنامه سنجش آگاهی و نگرش در قالب مدل بزنف بود. روش کار در این مطالعه بدین صورت بود که پس از مشخص کردن نمونه ها و بیان اهداف پژوهش از آنان جهت شرکت در مطالعه رضایت نامه گرفته شد. سپس پرسشنامه های طراحی شده قبل از هر گونه مداخله ای در هر ۵۰ نفر بیمار (گروه آزمایش و گروه شاهد) و ۵۰ نفر از مراقبین بیماران (شاهد و آزمایش) توسط پژوهشگر تکمیل شد. بعد از گذشت یک ماه، مداخله آموزشی برای گروه مورد (۲۵ نفر بیمار و ۲۵ نفر از مراقبین آنها به صورت مجزا) انجام شد. در حالیکه بیماران گروه شاهد و خانواده گروه شاهد هیچگونه مداخله آموزشی را دریافت نکردند. مداخله آموزشی در مورد تغذیه شامل موارد زیر بود. آموزش در مورد اهمیت تغذیه در این بیماران، عوارض جانبی درمانهای سرطان (شیمی درمانی، رادیوتراپی، ...) و راهکارهایی برای کنار آمدن با این عوارض، مواد غذایی مفید در طی درمان، آموزش نحوه بخارپز کردن مواد غذایی به عنوان بهترین روش طبخ جهت حفظ مواد مغذی موجود در غذا، تاکید بر اهمیت مصرف میوه و سبزی برای ترمیم و باز سازی سلول های از دست رفته، ذکر سبزیجات و میوه های مفید و طرز تهیه و ترکیب آب آنها و چند ماده غذایی دیگر. مداخله آموزشی در مورد اهمیت فعالیت بدنی و ورزش شامل، تاکید بر اهمیت ورزش برای بهبود خلق، رفع و یا کاهش خستگی، بهبود خواب و افزایش حوصله و بهتر شدن شرایط روحی و تاکید بر اهمیت ورزش پیاده روی به عنوان یک ورزش ساده و آموزش چند نکته ساده قبل از انجام ورزش بوده است. مداخلات ارتقاء دهنده امید نیز در کنار سایر مداخلات برای بیماران گروه مورد و آموزش چند نکته حمایتی برای خانواده بیماران (گروه مورد) انجام شد. آموزش بیماران و خانواده آنان به صورت جداگانه و به صورت فردی و چهره به چهره و با بکارگیری روش آموزشی حل مسئله انجام شد. برای اثربخشی بیشتر مداخلات به عوامل اجتماعی اهمیت داده شد. همکاری مترون بیمارستان برای ایجاد فضای مناسب جلب شد. از آنجاییکه اگر آموزش دهنده دارای زمینه های مشترک با فراگیران

باشد و بافت فرهنگی مشترک باعث حصول نتایج بهتری می شود کلیه مداخلات و فرایندهای آموزشی برای بیمار و خانواده آنان با زبان محلی انجام شد. همچنین با توجه به اینکه آئین‌های مذهبی و مسائل اعتقادی در جامعه ما به عنوان یک ارزش مطرح است و به علاوه اهمیت مسایل معنوی در جریان درمان و بهبودی بیماران در مداخلات توجه به این مسئله گنجانده شد و از خانواده بیماران خواسته شد که در حد توان بیماران خود را در مراسم و آیین‌های مذهبی شرکت دهند. در مداخلات تغذیه‌ای از مطالب طب قرآنی و کتاب ارمغان تندرستی استفاده شد^(۱۳). با توجه به اهمیت امید، مداخلات ارتقاء دهنده امید در بیماران در این پژوهش گنجانده شد. از مطالب امید بخش راهکارهای شادی بخش و جملات تاکیدی مثبت استفاده شد. از کلیت مفهوم روش حل مسئله در این مطالعه استفاده شد. در این پژوهش شرکت کنندگان منفعل نبودند بلکه در قسمتهای مختلف بحث شرکت فعال داشته و ابراز نظر می کردند و برای حل مشکل خود احساس مسوولیت داشتند. مداخلات آموزشی به گونه‌ای تنظیم شد که در ذهن فراگیر مساله ایجاد شود و علاقه‌مند شود که با تلاش خود راه حلی برای آن مساله پیدا کند. فراگیران خود، محور یادگیری قرار داده شدند و در فرآیند بحث درگیر شده بودند. علاوه بر آنکه مطالب آموزشی برای بیماران و خانواده آنان آموزش داده شد، مداخلات به صورت پمفلت آموزشی به صورت جداگانه برای بیماران و خانواده طراحی و در اختیار آنان قرار داده شد. همچنین وبلاگ آموزشی <http://healthycancer.blogfa.com> به عنوان آدرس آموزش را در بر داشت طراحی و آدرس آن در اختیار بیماران و خانواده آنان قرار گرفت. (مطالب اصلی ذکر شده در وبلاگ در قالب پمفلت آموزشی در اختیار بیماران و خانواده آنان قرار گرفت و این وبلاگ به صورت کاملتر برای بیماران و مراقبین آنان که توانایی استفاده از کامپیوتر را دارند و همچنین برای سایر افراد جامعه طراحی شد).

تعریف متغیر ارتقاء سلامت در این پژوهش توانمند سازی بیماران و خانواده آنان به عنوان مراقبین اصلی آنها به منظور داشتن کنترل بر سلامت و بهبودی خویش است. پس از گذشت ۲ هفته از مداخله انجام شده مجددا پرسشنامه‌ها در هر دو گروه مورد و شاهد (بیماران و خانواده آنان) توسط پژوهشگر تکمیل شد. روایی ابزارسنجش آگاهی، نگرش، نرم‌های انتزاعی و فاکتورهای قادر سازی با روش اعتبار محتوی سنجیده شد. جهت تعیین اعتماد علمی از روش آزمون مجدد استفاده شد (۲=۰/۹). پایایی درونی (به روش آلفای کرونباخ) برای پرسشنامه شاخص امید هرت (HHI) ۰/۶۷ بود. جهت تعیین روایی ابزار HHI از روش مشاهده همزمان استفاده گردید و با استفاده از آزمون همبستگی روایی ابزار با توجه به درصد توافق پاسخ‌ها که صد درصد بود تعیین شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی از نسخه ۱۴ نرم افزار SPSS و آزمونهای Chi-square و آنالیز کوواریانس، در سطح معنی داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که محدوده سنی افراد مورد مطالعه ۱۴ تا ۸۶ سال با میانگین ۵۳/۴۸ و انحراف معیار ۱۷/۳۰ می باشد. همچنین ۶۰ درصد از افراد مورد بررسی مرد و ۴۰ درصد از آنها متاهل بوده‌اند و ۵۳/۸ درصد از بیماران بیسواد، ۵۳/۸ ساکن شهر و ۴۲/۳ درصد درآمد متوسط داشتند. بیش از نیمی از افراد مورد بررسی سابقه ابتلا به هیچگونه بیماری را ذکر نکرده‌اند. در پاسخ به ارزیابی بیمار از وضعیت سلامت خود که با خط کش سلامت سنجیده شده است، ۵۷/۷ درصد نمره کمتر از ۳۰ را، ۲۶/۹ درصد نمره بین ۳۰ تا ۵۰ و ۱۱/۵ درصد نمره بالای ۵۰ را برای سلامت خود انتخاب کرده‌اند، ۵۹/۶ درصد از افراد مورد بررسی سابقه مصرف دخانیات نداشته‌اند. مداخلات آموزشی باعث ایجاد تفاوت معنی دار آماری در نمرات آگاهی، نگرش و امید بیماران گروه مورد شد. اما در هنجارهای انتزاعی و فاکتورهای قادر سازی بیماران گروه مورد قبل و بعد از مداخله تفاوتی دیده نشد. همچنین مداخلات آموزشی در خانواده بیماران گروه

مورد منجر به ایجاد تفاوت معنی دار آماری در آگاهی (۰/۰۰۱) و نگرش (۰/۰۰۰) آنان شد. یافته ها در جدول ۱ و ۲ آمده است

جدول شماره ۱: مقایسه نمرات آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی، فاکتورهای قادرسازی و امید قبل و بعد از آموزش در بیماران دو گروه مورد و شاهد

متغیر	قبل از مداخله			بعد از مداخله		
	آزمایش	شاهد	t	آزمایش	شاهد	p
آگاهی	۱۶/۴۸	۱۷/۱۶	۱/۱۸	۲۱/۴۴	۱۸/۳۲	۰/۰۰۰
نگرش	۶۰/۶۸	۶۱/۳۱	۰/۲۷	۸۱/۲۰	۶۴/۰۸	۰/۰۰۰
هنجارهای انتزاعی	۷/۸	۷/۸	۰/۲۲	۸	۷/۸	۰/۱۲
فاکتورهای قادرسازی	۱۲/۸۶	۱۳/۶۵	۱/۸۱	۱۴/۱۳	۱۳/۳۷	۰/۰۸
امید	۲۸/۶۰	۲۸/۲۴	۰/۲۷	۳۲/۹۲	۲۹/۲۸	۰/۰۰۸

جدول شماره ۲: مقایسه نمرات آگاهی و نگرش قبل و بعد از آموزش در خانواده بیماران دو گروه مورد و شاهد

متغیر	قبل از مداخله			بعد از مداخله		
	آزمایش	شاهد	t	آزمایش	شاهد	p
آگاهی	۱۹/۳	۱۹/۲۰	۰/۱۹	۲۵/۶۸	۲۰/۶۸	۰/۰۰۱
نگرش	۵۸/۶۸	۵۹/۲۴	۰/۲۲	۸۰/۹۲	۵۹/۸۰	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که مداخلات آموزشی و ارتقاء دهنده سلامت در مورد تاثیر رفتارهای سالم تغذیه ای و فعالیت فیزیکی در جریان بیماری و درمان، بر افزایش آگاهی و تغییر نگرش بیماران مبتلا به سرطان و خانواده آنان موثر است. بین نمرات فاکتورهای قادر سازی و نرم های انتزاعی بیماران قبل و بعد از مداخلات اختلاف معنی دار آماری مشاهده نشد. مداخلات ارتقاء دهنده امید باعث ایجاد اختلاف معنی دار آماری قبل و بعد از مداخلات در نمره امید بیماران شد. افزایش آگاهی جزء مهمی از مراقبت های تسکین بخش در بیماران مبتلا به سرطان و خانواده آنها به عنوان اصلی ترین مراقبین بیماران است و می تواند باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران و کنار آمدن بهتر آنان با شرایط کنونی شود. این امر نه تنها در بیماری سرطان بلکه در بسیاری بیماری های دیگر محرز است. در مطالعه شید فر و همکاران به

عنوان تاثیر برنامه آموزشی بر آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به آنژین صدری پس از تعدیل برای اثر نمره اولیه میزان آگاهی افراد مورد مطالعه میانگین این نمره در گروه مداخله به طور معنی داری بیش از گروه شاهد بود ($P < 0/0001$)^(۱۴) Matvienko در مطالعه ای که به صورت برگزاری دوره آموزشی شش ماهه به شکل سخنرانی کوتاه با هدف ارتقاء سطح آگاهی و جلوگیری از افزایش وزن انجام داد، نشان داد که میزان تغییر نمره آگاهی بین دو گروه مورد و شاهد دارای اختلاف معنی دار بوده ($P = 0/001$) و پس از گذشت ۱۶ ماه از شروع مطالعه، این اختلاف همچنان معنی دار باقی ماند^(۱۵). نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر و مطالعات مشابه نشانگر اثر بخشی مداخلات آموزشی در افزایش آگاهی گروه های مداخله می باشد. بنابراین مداخلات آموزشی منطبق بر مدل های آموزشی و برنامه ریزی سیستماتیک می تواند با ارتقاء آگاهی گروه های هدف به بهبود کیفیت زندگی بیماران منجر شود. اگر چه افزایش آگاهی قدم اول برای تغییر رفتار است اما در صورت تغییر نگرش اثربخشی آموزش دوچندان خواهد شد. در مطالعه

Nicklas که به منظور تعیین تاثیر آموزش بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد در مورد استفاده از میوه و سبزی از طریق کارگاه های آموزشی اصلاح نوع تغذیه مدارس صورت گرفت سطح نگرش در گروه مداخله به طور معنی داری ($P < 0/0001$) بالاتر از گروه کنترل قرار گرفت^(۱۶). در مطالعه یعقوبی و محمد پور مداخله آموزشی تغییر معنی داری را در نمره نگرش افراد مورد مطالعه ایجاد نکرد^(۱۷،۱۸). علت این مساله می تواند ناشی از این امر باشد که معمولا نگرش و عملکرد بیش از آگاهی تحت تاثیر مجموعه ای از عوامل متعدد محیطی و اجتماعی می باشد، لذا آموزش و اطلاع رسانی به تنهایی قادر به اصلاح آنها نمی باشد. در واقع آموزش باعث می شود که مردم به طور انتقادی در مورد ارزشهایشان فکر کنند و سیستم ارزشی خود را بنا نهند، فرایند آموزش با بالا بردن میزان خود آگاهی در مورد سلامتی آغاز می شود و از طریق آشکار سازی ارزشها و رشد تعهدات ادامه یافته و منجر به تغییر در نگرش می گردد. اندازه گیری نگرش ها و باورها به صورت موانع تغییر رفتار و به عنوان عواملی که در روند تغییر رفتار باید تغییر کنند و به عنوان عوامل تقویت کننده پیام های مداخله ای، تلقی می شوند. اما معمولا میانگین تغییر نمرات آگاهی بسیار بیشتر از میانگین تغییر نمرات نگرش بوده است که می توان چنین بیان کرد که اولاً افزایش آگاهی به تنهایی نمی تواند منجر به بهبود نگرش گردد. به عبارت دیگر برای تغییر در نگرش افراد، آموزش کافی نیست یکی از روشهای مناسبتر جهت تغییر در نگرش این است که افراد درباره عقائد خود صحبت کنند. در واقع فرایند ریختن نظریات در قالب کلمات و دیدن عکس العمل های سایر افراد یکی از روشهای نیرومند تغییر در نگرش است^(۱۹). با توجه به نارسائی آموزش برای تغییر نگرش افراد در این پژوهش از روش یادگیری بر اساس حل مساله استفاده شد. با بکار گیری این روش مطالب آموزشی به صورت یک سویه به فراگیران تزریق نشده و خود آنان در فرایند بحث شرکت کرده و اظهار نظر می

کردند. و برای تغییر نگرش های غلط خود تلاش کرده و احساس مسولیت می کنند. تغییر در نمرات نگرش گروه مورد ($P < 0/000$) و $20/52$ امتیاز در افزایش نمره نگرش بیانگر تاثیر این روش در مطالعه حاضر بوده است. در نتیجه بکارگیری این روش آموزشی در مطالعه حاضر آگاهی و نگرش تقریبا به یک اندازه تغییر یافته، چرا که صحبت و اظهار نظر باعث می شود که نگرش به میزان بیشتری در افراد تغییر یافته و بهبود یابد. به نظر می رسد در مطالعه Nicklas تغییر در نمره نگرش و معنی دار بودن آن به علت استفاده از روش کارگاه بوده است و اگر فقط از آموزش صرف استفاده می شد نگرش تغییر چندانی نمی کرد. برای اثر بخشی بیشتر مداخلات در بیماران گروه مورد و ایجاد فضائی مناسب برای ارتقاء سلامت بیماران مداخلاتی برای خانواده این بیماران نیز در مورد تغذیه، فعالیت بدنی و حمایت های روانی از بیمار انجام گرفت. با توجه به اینکه خانواده اصلی ترین مراقبین بیمار هستند، لزوم مداخلات آموزشی و حمایتی برای آنان به چشم می خورد. در این مطالعه اختلاف معنی دار آماری بین نمرات آگاهی و نگرش خانواده گروه مورد و شاهد بیانگر اثر بخشی مداخلات آموزشی در آنان می باشد و این مساله مسلما به بهبود وضعیت سلامت بیماران منجر می شود. در این مطالعه چه قبل از مداخله و چه بعد از مطالعه بین نمرات نرم های انتزاعی و فاکتورهای قادر سازی دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی دار آماری مشاهده نشد، در مطالعه کهنزادی نیز بین امتیاز نرم های انتزاعی و فاکتورهای قادر سازی هم قبل و هم بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی دار آماری وجود نداشته است ($P = 0/124$) و ($P = 0/06$) و به تعبیر دیگر با وجود اثر بخش بودن آموزش ولی باز هم اختلاف معنی داری مشاهده نشده است^(۲۰). در واقع آموزش روی هنجارهای انتزاعی دانش آموزان موثر نبوده است، همانطور که در مطالعه حاضر مداخلات آموزشی بر هنجارهای انتزاعی بیماران موثر نبوده است. که این هم منطقی به نظر می رسد. زیرا هنجارهای انتزاعی به فهم و درک شخصی افراد از فشارهای اجتماعی و هنجارهای اجتماعی مربوط می شوند و منعکس کننده اعتقادات هنجاری در جامعه هستند. با توجه به اهمیت امید در بیماران مبتلا به سرطان در این پژوهش برای حفظ امید و همچنین

بیماران هستند و در این مطالعه اثر بخشی مداخلات آموزشی در افزایش آگاهی و تغییر نگرش خانواده بیماران مشاهده شد پیشنهاد می گردد در پژوهش هائی که با هدف افزایش آگاهی تغییر نگرش و نهایتاً بهبود سلامت در بیماران انجام می شود مداخلاتی برای خانواده بیماران نیز طراحی و ارائه گردد.

تقدیر و تشکر

با تشکر از بیماران بستری در بیمارستان قدس سنندج و خانواده آنها که صبورانه ما را در پیشبرد این طرح یاری کردند. همچنین از کارکنان بخش شیمی درمانی بیمارستان قدس سنندج که همکاری خود را دریغ نکردند سپاسگزاری می شود.

القا و ارتقای امید در بیماران گروه مورد مداخلاتی انجام شد. اختلاف معنی دار آماری قبل و بعد از مداخلات ارتقاء دهنده امید حاکی از اثر بخشی این مداخلات در این مطالعه است. Duggleby اثر بخشی مداخلات و حمایت های روانی اجتماعی را که برنامه زندگی با امید (LWHP) نام دارد را در افزایش امید و کیفیت زندگی و زندگی اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان در مراحل پایانی زندگی مورد بررسی قرار داد. گروه مورد که برنامه (LWHP) را دریافت کرده بودند به طور معنی داری امید بیشتری را نشان دادند ($p=0/005$) Herth.⁽¹¹⁾ دریک مطالعه شاهد دار اتفاقی شده با عنوان افزایش امید در اولین مراحل عود سرطان مداخلاتی را برای افزایش امید در این بیماران انجام داد. تفاوت معنی دار آماری بین میزان امید در گروه مداخله و گروه کنترل ($P=0/02$) و کیفیت زندگی دو گروه مداخله و کنترل ($P=0/03$) مشاهده شد⁽¹¹⁾. نتایج این مطالعات نشانگر تاثیر مداخلات ارتقاء دهنده امید در بیماران مبتلا به سرطان می باشد و از جایگاه امید در مراقبت های تسکین بخش (Palliative care) به عنوان یک فاکتور مهم حمایت می کند. نتایج این پژوهش ها با یافته های مطالعه حاضر همخوانی دارد. آنچه از نتایج این مطالعه مشهود است اثر بخشی مداخلات آموزشی در افزایش آگاهی و بهبود نگرش بیماران و خانواده آنان و افزایش امید بیماران است؛ بنابراین شایسته است به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، ارائه خدمات آموزشی با روشهای مناسب با مشارکت فعال بیمار و خانواده در فرایند بحث با برنامه ریزی مدون انجام پذیرد. با توجه به کارائی و اثر بخشی مدل بزنف در رابطه با ارتقاء آگاهی و تغییر نگرش بیماران مبتلا به سرطان پیشنهاد می شود این مدل در سایر مناطق کشور و انواع دیگر بیماری ها با بهره گیری از روشهای مختلف آموزشی مانند کارگاه، بحث گروهی، حل مسئله، و به طور کلی روشهای آموزشی که فراگیر در آن مشارکت داشته و احساس مسوولیت کند، مورد استفاده قرار گیرد. همچنین با توجه به اینکه خانواده ها اصلی ترین مراقبین برای

فهرست منابع

1. Haidari S. [The Assessment of Relationship between social support and quality of life in cancer patient that they refer to selected Iran & Tehran universities hospitals]. Unpublished MS thesis. Tehran: Tehran University of Medical Science: 2005. Persian
2. Smeltzer S. [Medical Surgical nursing Brunner & Suddarth, pain ,electrolytes, shock, cancer and palliative care]. 1st ed. Tehran: salemi, 2003.p89-95. Persian
3. Courtens AM, Stevens FCJ, Crebolder HFJM, Philipsen H. Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nurs*. 1996; 19(3):162-169.
4. Shell GA, Kirsch. Psychosocial issues outcomes and quality of life .in seotto oncology nursing.4th Ed .st Louis: Mosby; 2001 p.948-970.
5. Miller JI. When Prognosis Is Poor, Does False Hope Add to Leukemia Patients' Pain? *J Natl cancer Inst*, 1998. 90(16):1192-1193.
6. Sanatani M, Schreier G, Still L. Level and direction of hope in cancer patients. *J Adv Nurs*. 2002; 38(4):267-274.
7. Kruger J, Yore MM, Solera M. Prevalence of Fruit and Vegetable Consumption and Physical Activity by Race/Ethnicity [monograph on the internet].US: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 2005[cited2005aug6]. Available: [http://www.cdc.gov/brfss/technical_infodata/quality htm](http://www.cdc.gov/brfss/technical_infodata/quality.htm).accessed sep12, 2005.
8. Whose Certified [database on the Internet]: National cancer institute.C2003-[cited 2004 Nov 6].<http://www.cancer.gov/eatinghints>. Accessed Jan 18, 2004.
9. Karen B.The influence of Exercise for Breast Cancer Survivors. *J Clin Oncol*. 2004; 33(5):176-182.
10. Judith A. Headley, et al. The Effect of Seated Exercise on Fatigue and Quality of Life in Women with Advanced Breast Cancer. *Oncol Nurs Forum* 2004;31(5):977-3.
11. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J Adv Nurs* 2000; 32(6), 1431-1441.
12. Nutrition in cancer.org [homepage on the internet].US: National library of medicine; c2002-2004.updated 2005 Aug 26; cited 2006 Aug 14]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/fact sheets/medline .html>.Accessed Sep 24, 2006.
13. Khodadady J. [Armaghane salamati, an introduction to vegetable food, meat food, sea food, and fruit and vegetable juices]. 1st Ed, Tehran: Suhrawardi, 2006. 326-61. Persian.
14. Shidfar M, Shojaezade D, asasi N, Majlesi F, Nazemi S. [The effect of Educational program in knowledge and attitude in Angina pectoris patients in Mashhad University hospitals]. *Sci J Brigand Univ Med Sci*. 2007;14(1):19-27. Persian
15. Matvienko O, Lewis DS, Schafer E. A college nutrition science course as an intervention to prevent weight gain in female college freshman. *JNuter Educ*. 2001;33:95-101.
16. Nicklas TA, Johnson CC, Farris R, Rice R, Lyon L, Shi R .development of a school – based nutrition intervention for high school students: gimme 5. *Am.J.Health promot*. 1997;11:315-22.
17. Yaaghobi A, Egtesadi SH, Porabdolahi P. [The assessment of nutrition educational effect on Knowledge and attitude and practice of high school girls]. Paper presented at: congress on nutrition. The 5rd abstract papers congress on nutrition in Iran: 1999 Tabriz, Iran. Persian
18. Mohammadpor ahranjani B. [The assessment of effectiveness of educational booklet of nutritional in Tehran first grade high school girl's knowledge, attitude and practice].Unpublished MS Thesis.Tehran: Tehran University of Medical Science. 1999. 187 P. Persian
19. Ministry of Health and Medical Education. [Education for better learning].Tehran: Iran.persian 2000. 57. Persian
20. Kohzadi K. [the assessment of Educational effect through basnef model on knowledge, attitude and practice in first grade gaudiness school students in Bane about teeth and mouth health]. Unpublished MS Thesis.Tehran: Iran University of Medical Science; 2005.117p. Persian
21. Duggleby WD, Degner L, Williams A, Wright K, Cooper D, Popkin D, Holtslander L. Living with hope: initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients: *J Pain Symptom Manage*.2007; 33(7):247-57.

Performance assessment of Baznef model in health promotion of patients with cancer

Mohammad Hossein Taghdisi¹ PhD *Nasrin Abdi² PhD Candidate
Sirous Shahsavari³ MSc Maryam Khazaeipool⁴ PhD Candidate

Abstract

Background and Aims: Cancer occurs when cells divide uncontrollably. These abnormal cells can invade nearby tissues or travel to distant sites by entering the bloodstream or lymphatic system. Incidence rate of cancer during the last 50 years has increased constantly. Nutrition, physical activity and hope are important factors in cancer. However, patients do not have correct knowledge and proper attitude regarding these important factors.

The aim of this study is performance assessment of basnef model in health promotion for patients with cancer in Sanandaj city.

Material & Methods: This study is a randomized controlled trial. Knowledge and attitude questionnaires in basnef model and HHI questionnaire was completed before and after intervention in two case and control groups (n: 50) and knowledge and attitude questionnaire in patients family in two case and control groups (n: 50). The educational and promotional intervention for patients and their families in case groups as a face to face method and individually with PBL method was accomplished. Data was analyzed by use of spss and Chi –square tests and co-variance analysis.

Results: The mean score for knowledge in case group patients was significantly more than controls group (P<0.000). Intervention also resulted in better attitude in case group patient (P<0.000). A significant difference was not found in subjective norms mean score (P<0.12) and enabling factors (P<0.08) in two groups. The hope mean scores in case group patients was significantly more than control group (P<0.008). The knowledge mean scores also in family case group was more than control group family (P<0.001) and intervention resulted in better attitude situation in case group family (P<0.000).

Conclusions: Educational intervention is effective in increasing knowledge and improvement of attitude and also promotion of hope in cancer patients and their families. So proper educational methods (e.g. PBL), with active participation of patients and families to promote quality of life is recommended.

Keywords: Cancer – Health Promotion – Basnef model – Model testing

Received: 5 Feb 2010

Accepted: 28 Feb 2011

◆ This article has been excerpted from MSc dissertation

¹ Associate Professor, Medical services group, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Doctoral student in health education & promotion, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author), Tell: 09183736328 Email: abdi_nasrin@yahoo.com

³ Senior Lecture, Kordestan University of Medical Sciences, Kordestan, Iran

⁴ Doctoral student in health education & promotion, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran